LE PHÉNOMÈNE-DROGUE *et les jeunes*

DOCUMENT D'INFORMATION

Québec

88-03106/

LE PHÉNOMÈNE-DROGUE *et les jeunes*

DOCUMENT D'INFORMATION

Direction générale des programmes:
Maurice Morand, directeur général

Direction de l'adaptation scolaire
et des services complémentaires:
Pauline Champoux-Lesage, directrice

Conception:
Pierre Brisson, du certificat de toxicomanies de l'Université de Montréal, pour le chapitre 1
Jean Hénaire et Guy Legault, du ministère de l'Éducation, pour l'introduction et le chapitre 2
Pierre Paquin, du Centre Alternatives et de la polyvalente Jeanne-Mance, pour le chapitre 3

Rédaction:
Pierre Brisson, pour le chapitre 1
Lisa Massicotte, des Éditions Convergence, pour les chapitres 2 et 3

Collaboration:
Jef-Louis Bonnardeaux, de la Faculté de l'éducation permanente de l'Université de Montréal, pour la révision des aspects pharmacologiques du chapitre 1.

Coordination:
Jean Hénaire

ISBN 2-550-13523-7
Dépôt légal: premier trimestre 1987
Bibliothèque nationale du Québec

LE PHÉNOMÈNE-DROGUE ET LES JEUNES

TABLE DES MATIÈRES

PAGE

INTRODUCTION 5
- Esprit du document 5
- Objectifs 7
- Destinataires 7
- Contenu 7

1. LES PRODUITS PSYCHOTROPES ET LEURS USAGES 9
   - Renseignements fondamentaux sur les produits 9
   - Consommation et problèmes liés aux psychotropes 26

2. LA SITUATION PARTICULIÈRE DES ADOLESCENTS ET DES ADOLESCENTES 37
   - Le phénomène de la drogue et les jeunes 37
   - Tableau de la consommation de psychotropes chez les adolescents 38
   - Variables de la consommation 41

3. LES MOYENS D'INTERVENTION À L'ÉCOLE 49
   - Analyse de la situation à l'école 49
   - Choix et mise en place des interventions 52
   - Évaluation du programme d'intervention 55

BIBLIOGRAPHIE 57

ANNEXE A 61

ANNEXE B 71

LE PHÉNOMÈNE-DROGUE ET LES JEUNES

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années déjà, le ministère de l'Éducation s'intéresse à la question de la consommation de drogues psychotropes[1] par les jeunes d'âge scolaire. Dès 1968, en collaboration avec le Département de pharmacologie de l'Université Laval, il mène auprès de 20 000 étudiants de l'enseignement secondaire, collégial et universitaire une enquête qui permet de mesurer l'évolution de la consommation de drogues chez les jeunes[2].

Au début des années 1970, le Ministère participe aux travaux de différents groupes canadiens: Association canadienne pour la Santé mentale, Association canadienne de l'Éducation (colloque national sur l'usage des drogues). En 1972, à la demande du Premier ministre, on crée un Comité interministériel sur le problème de la drogue dans les écoles, qui devient en 1973 le **Comité interministériel sur les toxicomanies**. Les ministères de l'Éducation, des Affaires sociales et de la Justice participent aux activités de ce comité jusqu'en 1976.

En 1977, s'inspirant de la réflexion et des travaux de l'UNESCO auxquels avait participé le ministère de l'Éducation, les ministères de l'Éducation et des Affaires sociales préparent un programme d'«information préventive sur l'usage et l'abus des drogues» intégré un peu plus tard au programme d'études «formation de la personne». Cette approche du phénomène est globale, c'est-à-dire qu'elle tient compte non seulement du produit «drogue», mais aussi et surtout des contextes culturel et psycho-social. Depuis 1972, elle fait l'objet d'un consensus chez les spécialistes internationaux de la prévention éducative à l'égard des drogues psychotropes.

La Mission des affaires étudiantes, à l'origine de plusieurs actions convergentes, continue depuis lors à s'intéresser à cette question. D'autre part, des travaux de la Direction de la recherche conduisent à la publication de «La drogue banalisée», document-synthèse des données sur la consommation de produits psychotropes par les étudiantes et les étudiants québécois[3]. Ces travaux permettent dès maintenant d'affirmer que si actuellement «l'usage de drogues demeure une pratique régulière pour une minorité importante de jeunes»[4], soit environ 15 p.100, cet usage a lieu «surtout lors de soirées entre amis, une infime minorité en consommant à l'école»[5]. Il importe aussi de signaler que le programme d'études «formation personnelle et sociale», dont l'un des quatre volets concerne l'«éducation à la santé», vise explicitement par deux de ses objectifs une prévention éducative à l'égard des produits psychotropes[6].

Enfin, après le dépôt d'un document de travail[7], la Mission des affaires étudiantes confie à la Direction générale du développement pédagogique le mandat de faire le point sur la situation dans les écoles primaires et secondaires. S'inspirant notamment des recommandations 3 à 9 du document de travail[8], la Direction générale met sur pied un comité consultatif chargé de rencontrer, dans différentes régions administratives, de nombreux éducateurs et éducatrices engagés dans la prévention à l'égard de la consommation de produits psychotropes.

En continuité avec l'ensemble des réalisations susmentionnées, le présent document vise à soutenir l'implantation en milieu scolaire, de mesures de prévention à l'égard de la consommation de produits psychotropes.

ESPRIT DU DOCUMENT

Les produits psychotropes sont devenus une composante importante de notre environnement; leur consommation devient inséparable de la question de la santé; cette dernière, si on la

---

1. Le terme «psychotropes» désigne les substances chimiques ayant le pouvoir d'agir sur le système nerveux central.
*2. MONNIER, D. (1970). **Les étudiants du Québec et les drogues hallucinogènes.** Québec, ministère de l'Éducation.*
*3. DUMAS, S. (1984). **La drogue banalisée.** Québec, Direction de la recherche, ministère de l'Éducation.*
4. Idem, p. 112 et suivantes.
5. Ibidem, p. 113.
*6. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1984). Programme d'études; secondaire; «**Formation personnelle et sociale**». Québec, Direction générale du développement pédagogique, ministère de l'Éducation.*
*7. LACOMBE, A. (1985). **L'usage de l'alcool et des autres drogues par les jeunes dans les écoles et les collèges du Québec.** Québec, Direction des politiques et des plans, ministère de l'Éducation.*
8. Idem.

LE PHÉNOMÈNE-DROGUE ET LES JEUNES

conçoit comme le maintien d'un équilibre entre le bien-être, la sécurité de l'organisme et la réalisation de soi, fait intimement partie de la question du mode de vie.

Même s'il n'y a pas de responsable unique de la santé, puisque cette responsabilité incombe à plusieurs catégories de personnes, il est quand même certain que, dans ce domaine, l'école peut jouer un rôle important.

Ainsi, l'école peut informer sur les questions de santé liées au mode de vie, ou encore faire prendre conscience à l'élève de son état de santé, de ses habitudes de vie, des conséquences possibles de certaines pratiques de la civilisation contemporaine, notamment en ce qui a trait à la consommation de psychotropes, et de sa responsabilité personnelle à l'égard de son état de santé. Elle peut aussi sensibiliser les jeunes à l'importance fondamentale de la santé et aider les élèves à se préparer un projet de vie soucieux de la santé. Le présent document favorise donc d'abord et avant tout une approche préventive à l'égard des produits psychotropes.

Si on veut envisager une prévention cohérente face au phénomène «psychotrope», il importe d'abord d'acquérir une vision claire de ce que l'on veut prévenir. Ainsi, plusieurs études indiquent qu'un pourcentage substantiel d'élèves aura expérimenté certains produits psychotropes, notamment l'alcool et les dérivés du cannabis, à la fin du secondaire, sans cependant devenir des consommateurs réguliers. Bien qu'il importe de prévenir les jeunes de certains dangers réels associés aux psychotropes eux-mêmes ou à certaines conditions d'expérimentation, il paraît peu pertinent de considérer ce phénomène d'expérimentation comme le fléau à combattre; en effet, la signification qu'il prend dans le contexte du développement des adolescents indique que pour une grande majorité, il constitue une expérience exploratoire et passagère. Il ne s'agit pas, bien sûr, d'encourager l'expérimentation des psychotropes, mais plutôt d'ordonner les priorités de façon que, dans chaque milieu, les efforts s'orientent vers les problèmes majeurs liés à la toxicomanie: consommation abusive, prise d'habitudes de vie nocives, dépendance physique ou psychologique, utilisation des produits psychotropes dans des contextes inappropriés (par exemple, en même temps que la conduite d'un véhicule), usage inconsidéré de mélanges de drogues éventuellement dangereux, etc. En somme, dans un contexte social où les produits psychotropes sont omniprésents, il semble beaucoup plus réaliste et pertinent que l'école vise d'abord à développer chez les jeunes des comportements responsables face à ces produits, surtout que l'école n'est pas le lieu principal ou habituel où les jeunes les consomment.

Par ailleurs, malgré une préoccupation marquée à l'égard des produits psychotropes, il ressort qu'au Québec comme dans de nombreuses sociétés, ce phénomène est relativement méconnu, peut-être à cause de la façon dont est cueillie et diffusée l'information sur la question des produits psychotropes. Ainsi l'éditorial du premier numéro de la revue «Psychotropes» souligne que:

> *«il est rare qu'une recherche digne de ce nom soit menée sur le terrain; quant aux informations diffusées en langue anglaise, elles sont difficilement accessibles en dehors d'un cercle fort restreint de chercheurs. Dans nos pays, sauf rares exceptions, les experts polémiquent et les milieux professionnels sont perplexes, les médias dramatisent et le grand public est manipulé. Certains, conscients de ce problème, tentent d'informer honnêtement, mais sur la base d'une documentation dangereusement lacunaire. Comment, dans de telles conditions, aborder avec sérénité, objectivité et efficacité les problèmes que peuvent susciter les usages de psychotropes?»*[1].

Le présent document veut donc fournir des faits, informer et familiariser les adultes avec la réalité du phénomène-psychotrope, rendre à celui-ci ses proportions véritables, pour qu'on puisse établir le dialogue, condition essentielle du rapprochement et de la communication.

Ce document ne contient ni recette-miracle ni panacée infaillible; mais en abordant le sujet directement et franchement il amène à se situer en tant que parents, en tant qu'éducateurs, en tant qu'adultes, face à la consommation de produits psychotropes à la période de l'adolescence.

1. *VERBEKE, R., BIDEAU, G. (1983). Éditorial.* ***Psychotropes, 1,*** *(1), 7.*

LE PHÉNOMÈNE-DROGUE ET LES JEUNES

OBJECTIFS

L'objectif général du présent texte est de renseigner les agents et agentes d'éducation sur la problématique actuelle de la consommation de produits psychotropes chez les jeunes afin de favoriser et de faciliter le développement en milieu scolaire d'interventions éducatives sur cette question.

Cet objectif général amène à viser prioritairement un certain nombre d'objectifs particuliers consitant à:

- *fournir de l'information objective sur divers aspects du phénomène-drogue afin de mettre fin aux sentiments d'impuissance et de peur qui, trop souvent, font obstacle à notre capacité de réagir de façon appropriée;*

- *favoriser la création de conditions facilitant la concertation avec les ressources extérieures de l'école (inventaire des ressources du milieu, ententes de services);*

- *favoriser le développement d'une approche globale de l'intervention qui tienne compte de l'ensemble des éléments de la problématique (interdépendance entre les produits, l'individu et la situation);*

- *proposer un cadre général d'animation et d'intervention auprès des élèves.*

DESTINATAIRES

Le document s'adresse à l'ensemble des adultes qui, par leurs contacts quotidiens, tant professionnels que personnels, avec les jeunes, sont confrontés au phénomène-drogue et, se sentant démunis face à cette réalité, ne savent souvent quelle attitude adopter ni comment intervenir en tant qu'éducateurs.

Il s'adresse donc aux directions d'école, aux enseignants et enseignantes, aux professionnels et professionnelles ainsi qu'aux parents.

CONTENU

Ce document se divise en trois parties. La première informe sur les produits psychotropes, définit ce qu'ils sont, comment ils agissent et quels problèmes découlent de leur consommation.

La deuxième partie fournit des informations sur la situation des adolescents et adolescentes à l'égard de la consommation des produits psychotropes.

La troisième partie est davantage axée sur le cadre général d'intervention que l'on pourrait instaurer en milieu scolaire; on n'y propose pas de modèle unique et universel, mais on suggère plutôt les éléments essentiels et les étapes dont une démarche intégrée de prévention pourrait tenir compte.

1

LES PRODUITS PSYCHOTROPES ET LEURS USAGES[1]

RENSEIGNEMENTS FONDAMENTAUX SUR LES PRODUITS

Qu'est-ce qu'une drogue?

Le terme «drogue», souvent perçu comme péjoratif dans l'opinion publique, suscite nombre de réactions émotives: peur, panique, colère. Le dictionnaire voit d'abord la drogue comme un mauvais médicament, puis mentionne plus généralement les drogues de la rue, les produits illicites que l'on affuble encore du terme ambigu de «stupéfiants»; pourtant, ce terme au sens littéral de «plonger dans la stupeur», d'engourdir, ne devrait s'appliquer qu'à la catégorie des narcotiques.

Pour dépasser les passions et les controverses, la majorité des chercheurs du domaine adhèrent de nos jours à une conception beaucoup plus large et objective du terme, conception que résume bien la définition du mot «drogue» proposée par la Commission Le Dain: «Substance qui, par sa composition chimique, peut modifier la structure ou le fonctionnement d'un organisme vivant»[2].

Ainsi, le cannabis est une drogue, la pénicilline est une drogue, le café est une drogue, le cyanure est une drogue. Dès lors, la frontière entre aliments, drogues et poisons devient parfois difficile à tracer: certaines drogues possèdent des propriétés alimentaires, et certains poisons agissent à faibles doses comme des drogues, alors même que plusieurs drogues connues, à trop fortes doses, se transforment en véritables poisons pour l'organisme et provoquent la mort. Ce qui distingue les produits que l'on considère habituellement comme des «drogues» et dont il est question lorsque l'on discute, par exemple, de problèmes de toxicomanie, c'est leur faculté d'affecter l'état d'esprit, d'agir sur le psychisme de l'individu. On appellera cette catégorie de drogues les psychotropes ou substances psychoactives.

Les drogues psychotropes agissent sur les facultés nerveuses supérieures qui contrôlent le rapport de l'individu avec son environnement. Cela les distingue des drogues non psychotropes, à action locale sur l'organisme, comme les diurétiques qui diminuent le volume d'eau du corps ou la pénicilline qui combat les infections. Les substances psychoactives ont pour effet d'altérer l'humeur, les perceptions, les facultés, la conscience ou le comportement général de l'individu. Tout au long de ce guide, on utilisera les termes «produits psychotropes» ou «psychotropes» pour désigner les substances psychoactives, c'est-à-dire à la fois les médicaments prescrits par le médecin, les substances domestiques comme l'alcool, le café et le tabac, et les drogues illicites telles la cocaïne, le cannabis ou l'héroïne.

1. *On trouvera dans la première section de la bibliographie générale, à la fin du document, la liste des références utilisées pour composer ce chapitre, y compris les tableaux descriptifs des pages 14 à 25.*

2. *LE DAIN, G. et al. (1970).* ***Rapport provisoire de la commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales.*** *Ottawa, Département des impressions et de la papeterie publique, p. 14.*

LE PHÉNOMÈNE-DROGUE ET LES JEUNES

Si tous les psychotropes sont des substances chimiques capables d'agir sur notre système nerveux, ils n'ont pourtant pas tous la même provenance. Aussi distingue-t-on les psychotropes d'origine naturelle (sous forme brute ou raffinée), les psychotropes d'origine semi-naturelle (ou semi-synthétique) et les psychotropes d'origine synthétique.

Les psychotropes naturels sont ceux que l'on trouve dans certaines plantes, fruits, racines, feuilles; on les utilise sous forme brute (par exemple, le tabac, l'opium, le haschisch ou la marijuana) ou sous forme raffinée (par exemple, la morphine extraite du pavot, la cocaïne tirée de la feuille de coca, etc. Les psychotropes semi-naturels ou semi-synthétiques sont des produits obtenus par modification de la structure chimique d'une substance de base naturelle: c'est le cas du L.S.D. – 25, obtenu par transformation en laboratoire de l'acide lysergique, présent à l'état naturel dans certains champignons parasites. Enfin, les psychotropes de synthèse sont entièrement réalisés en laboratoire, sans élément d'origine naturelle: c'est le cas de la majorité des produits pharmaceutiques comme les tranquillisants mineurs, les barbituriques, les amphétamines.

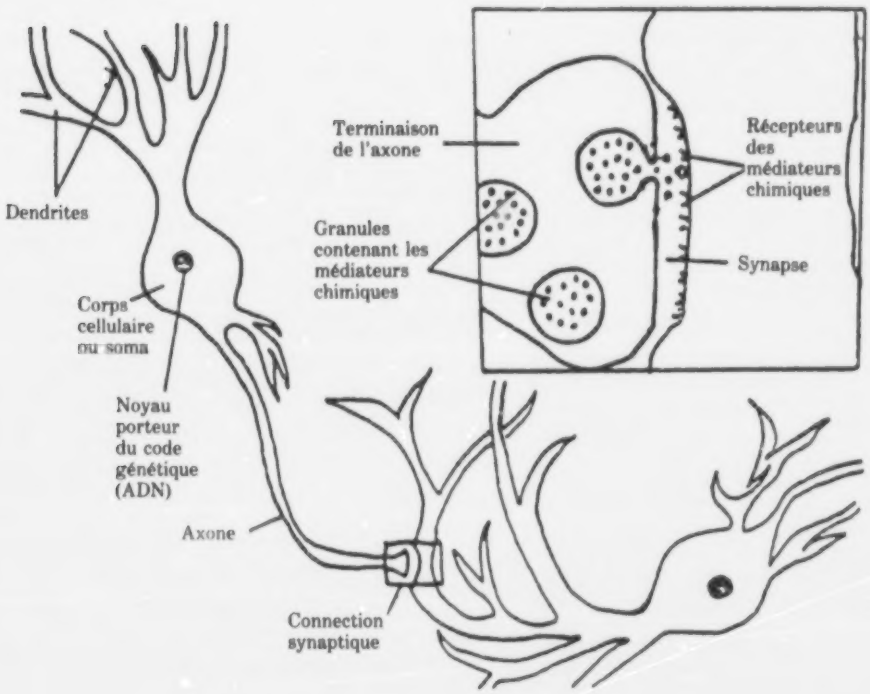
Les découvertes des trente dernières années en biochimie et en neuro-pharmacologie permettent aujourd'hui d'établir une distinction supplémentaire dans le champ des substances psychoactives: les psychotropes exogènes ou extérieurs à l'organisme, et les psychotropes endogènes, c'est-à-dire les substances chimiques produites par le corps lui-même et agissant en quelque sorte comme des drogues internes sur le système nerveux central. Alors que la nature fournit un puissant stimulant comme la cocaïne, ingrédient actif de la feuille de coca, l'organisme possède son propre stimulant, à savoir l'hormone connue sous le nom d'adrénaline. De même, le pavot somnifère contient un analgésique incomparable, sous forme d'alcaloïdes de morphine, alors que le cerveau sécrète de son côté les endorphines, catégorie de médiateurs chimiques inhibant la douleur et d'ailleurs surnommés, à leur découverte, les «morphines du cerveau».

L'existence de substances chimiques organiques qui agissent sur le système nerveux et qui trouvent leur correspondance dans des substances psychoactives du domaine végétal, constitue certes une des pistes de recherche les plus prometteuses, à l'heure actuelle, pour la compréhension des mécanismes d'action des produits psychotropes sur l'organisme. Cette question sera traitée plus en détail à la section suivante. Ces découvertes ouvrent également la voie à l'exploration des moyens «naturels» de modifier la conscience, à travers certaines activités ou techniques comme le jogging, la méditation, la danse, etc.

Comment agissent les psychotropes?

Pour comprendre l'effet des produits psychotropes, il faut d'abord comprendre, en dépit de leur complexité, quelles sont les bases biochimiques des comportements d'un organisme vivant. Tout produit agissant sur le système nerveux central (SNC) agit au niveau des cellules nerveuses, les neurones, qui composent le cerveau. Une des fonctions spécifiques du neurone est de transmettre l'influx nerveux qui commande mouvements, émotions et facultés chez l'individu. Chaque neurone, comme l'illustre le schéma suivant, est principalement constitué de trois parties: le corps cellulaire ou soma, à l'intérieur duquel se trouve un noyau porteur d'ADN (code génétique), un certain nombre de fibres nerveuses appelées dendrites, capables de recueillir l'information des neurones voisins, et un long cordon directeur, l'axone, qui permet la transmission de l'influx vers d'autres cellules. L'espace de contact entre deux neurones s'appelle la synapse.

FIGURE 1 - Schéma d'un neurone



Chaque individu possède autant de neurones qu'il y a d'étoiles dans la galaxie, soit approximativement 10 milliards: chacun d'eux opère à partir de 1 000 à 10 000 points de commutation, les synapses, qui ne sont, ni plus ni moins, que des agents d'information à l'intérieur du cerveau. Mais ces agents ne fonctionnent que grâce à une troisième clef: les médiateurs chimiques ou neuro-transmetteurs. La transmission de l'influx nerveux à travers les grappes de neurones s'effectue d'abord sous la forme d'une impulsion électrique depuis les dendrites jusqu'à la terminaison de l'axone, puis sous la forme d'un transfert chimique lors de la connection synaptique entre neurones. L'action des produits psychotropes intervient durant la phase chimique de la conduction nerveuse, là où entrent en jeu les différentes molécules endogènes - les neuro-transmetteurs - dont plus d'une trentaine sont connues à ce jour telles la dopamine, la sérotonine, la noradrénaline, l'acide gamma-aminobutyrique, parmi les plus courantes.

L'action «perturbatrice» des psychotropes peut être multiple. En fait, toute molécule extérieure capable d'agir sur la synthèse des neurotransmetteurs, sur leur stockage, leur libération, leur dégradation, ou encore susceptible de se fixer sur leurs récepteurs synaptiques, modifie la transmission de l'information et entraîne un effet psychotrope. Par exemple, l'action particulière d'une drogue comme les amphétamines sera de sur-stimuler la libération de dopamine, molécule associée au contrôle de la motricité; pour leur part, plusieurs hallucinogènes connus sont réputés agir sur les récepteurs de la sérotomine,

molécule liée aux activités du rêve et de l'imagination. Et ainsi de suite.

Malgré la schématisation qui précède, il faut garder à l'esprit que l'action des psychotropes, tout comme celle des médiateurs du cerveau, est fort complexe, chaque cellule nerveuse pouvant recevoir simultanément des milliers de contacts synaptiques, d'où résulte une interaction constante entre influences excitatrices et inhibitrices. Ces processus conditionnent nos humeurs et nos comportements. Mais fondamentalement, en ce qui a trait à leur effet, on peut dire que les psychotropes agissent de l'une ou des trois façons suivantes: soit qu'ils accélèrent les processus mentaux, soit qu'ils les ralentissent ou encore qu'ils en perturbent le cours normal.

Quels sont les produits psychotropes?

Les façons de classer les produits psychotropes sont nombreuses et varient suivant la perspective ou les objectifs adoptés au départ. En fonction du découpage de la réalité que l'on privilégie, on obtiendra des typologies particulières: selon l'origine des produits (drogues naturelles, drogues semi-naturelles, drogues synthétiques); selon l'apparition des produits (drogues anciennes, drogues contemporaines, drogues du futur); selon les lois régissant les produits (drogues licites ou illicites); etc.

La classification générale des produits psychotropes retenue dans le présent document et proposée dans les tableaux des pages suivantes, répartit les psychotropes en trois grandes classes selon leurs effets sur le système nerveux central: les dépresseurs, les stimulants et les perturbateurs. Ces trois classes regroupent douze catégories principales de substances et de nombreuses sous-catégories, comme le montre le tableau-synthèse de la page suivante. Dans les tableaux détaillés des pages subséquentes (14 à 25), ces grandes classes et leurs composantes sont décrites selon une série de paramètres qui permettent de situer les psychotropes sur différents plans: physiologique bien sûr, mais aussi historique, culturel et juridique. Ainsi les utilisateurs du document pourront-ils trouver rapidement des données fondamentales sur les produits, en même temps que certaines informations complémentaires sur les contextes dans lesquels s'insèrent les différents produits psychotropes.

La première classe, celle des psychotropes dépresseurs du SNC (tableau 2), regroupe des catégories de produits ayant tous la propriété générale d'abaisser le tonus physique et mental de l'individu; ils tendent tous, à des degrés divers et sur différents plans, vers une insensibilisation neuro-biologique à l'environnement et aux conflits internes, pouvant aller de la sédation légère à l'état d'inconscience. On retrouve d'abord dans cette classe l'alcool et les inhalants anesthésiques; puis les deux grandes familles de tranquillisants, majeurs et mineurs, de même que la catégorie des hypnotiques (barbituriques et non-barbituriques); finalement les narcotiques, qu'ils soient opiacés ou synthétiques.

Ces psychotropes constituent le groupe des produits le plus consommés, vu notamment l'usage social fort répandu de l'alcool, des tranquillisants mineurs et des narcotiques. C'est également le groupe de produits présentant les risques les plus élevés de toxicité sur le plan physique: dose mortelle, dépendance, syndrôme de sevrage.

TABLEAU 1 – **Répartition des produits psychotropes selon leurs effets sur le système nerveux central.**

DÉPRESSEURS DE L'ACTIVITÉ DU SNC	STIMULANTS DE L'ACTIVITÉ DU SNC	PERTURBATEURS DE L'ACTIVITÉ DU SNC
I- **L'ALCOOL ÉTHYLIQUE** - bières - vins - spiritueux	VII- **LES STIMULANTS MAJEURS** - produits amphétaminiques - cocaïne	X- **LES HALLUCINOGÈNES** - indoliques - adrénergiques - délirogènes
II- **LES INHALANTS ANESTHÉSIQUES** - éther - chloroforme - protoxyde d'azote	VIII- **LES STIMULANTS MINEURS** - caféine - nicotine	XI- **LES CANNABINOÏDES** - dérivés du cannabis - THC
III- **LES TRANQUILLISANTS MAJEURS (ANTIPSYCHOTIQUES)** - dérivés de la rauwolfia - phénothiazines	IX- **LES ANTIDÉPRESSEURS** - inhibiteurs de la MAO - tricycliques	XII- **LES PRODUITS VOLATILS** - hydrocarbures volatils - nitrites
IV- **LES TRANQUILLISANTS MINEURS** - méprobamate - benzodiazépines		
V- **LES HYPNOTIQUES-SÉDATIFS** - barbituriques - non-barbituriques		
VI- **LES NARCOTIQUES** - opiacés - synthétiques		

TABLEAU 2 – Classe des dépresseurs du système nerveux central.

CATÉGORIES ET SOUS-GROUPES	PRÉSENTATION GÉNÉRALE	USAGE OCCASIONNEL ET SURDOSAGE / EFFETS À COURT TERME	USAGE CHRONIQUE ET TOXICOMANIE / EFFETS À LONG TERME
L'alcool éthylique • Bières • Vins • Spiritueux	L'alcool éthylique ou éthanol se présente à l'état pur comme un liquide incolore, volatil et de faible odeur; il constitue la base de trois grandes catégories de boissons: - les bières, qui contiennent en moyenne 5% d'alcool; - les vins, qui contiennent en moyenne 12% d'alcool, mais jusqu'à 20% dans le cas de vins fortifiés (sherry, porto, vermouth); - les spiritueux, notamment les eaux-de-vie et les liqueurs, qui contiennent en moyenne 40% d'alcool. Les niveaux de consommation s'évaluent en alcool pur: une consommation équivaut à 17 ml d'alcool pur, soit une bouteille de bière (341 ml à 5%), un ballon de vin (142 ml à 12%) et un verre de spiritueux (42,6 ml à 40%). **Provenance:** fermentation et distillation des jus extraits de fruits, céréales, légumes ou encore par synthèse. **Mode de consommation:** par voie gastro-intestinale. **Adultérants:** inexistants **Terme populaire:** booze.	Les effets habituels de l'alcool sont l'euphorie, la somnolence, un sentiment de chaleur et d'énergie, une inhibition de la douleur et de l'anxiété, des rougeurs. Des doses croissantes attaquent les circuits de coordination et entraînent des difficultés d'élocution, une démarche chancelante, des troubles de la vision et de la stupeur. À doses très élevées (0,40% d'alcool dans le sang), il y a danger d'inconscience, même de coma par dépression respiratoire et de mort. De 8 à 12 heures après une consommation excessive, l'usager éprouvera divers malaises: maux de tête, nausées, tremblements, vomissements.	L'usage chronique de quantités importantes d'alcool (en moyenne plus de quatre consommations par jour) entraîne un processus de détérioration générale de l'organisme: lésions hépatiques et cérébrales, cancer du tube digestif, pertes de mémoire, ulcères, troubles cardiovasculaires et pancréatiques, etc. La fréquence de l'usage entraîne une tolérance au produit et, progressivement, une dépendance de l'organisme pouvant mener à un état de toxicomanie appelé alcoolisme où l'usager perd tout contrôle sur sa consommation. À ce stade, un arrêt subit de l'usage entraîne des symptômes de sevrage comme l'insomnie, l'agitation, des tremblements, des convulsions, des hallucinations (délirium tremens) et même la mort. Chez la femme enceinte, la consommation chronique ou l'alcoolisme augmente les risques de mettre au monde un bébé souffrant d'une déficience mentale, d'une malformation cardiaque ou d'une difformité physique.
Les inhalants anesthésiques • Éther • Chloroforme • Protoxyde d'azote	Les anesthésiques regroupent des composés gazeux; il s'agit de gaz ou de liquides extrêmement volatils dont certains, comme l'éther, ont une forte odeur et sont très inflammables au contact de l'air. Le protoxyde d'azote, aussi appelé oxyde nitreux, est disponible en petits cylindres dans le marché de la restauration, où il sert à la pressurisation des bonbonnes de crème fouettée. **Provenance:** dérivés synthétiques et semi-synthétiques. **Mode de consommation:** produits administrés au moyen d'un masque respiratoire ou d'un tube dans la gorge; également inhalés à partir de ballons lors d'usage non médical. **Adultérants:** inexistants **Terme populaire:** l'oxyde nitreux est communément appelé «gaz hilarant».	En faibles doses, ils procurent des effets dépressifs similaires à ceux de l'alcool et des hypnotiques. Les plus forts comme le chloroforme entraînent l'inconscience. En surdoses, l'éther et le chloroforme peuvent provoquer la mort par dépression du système respiratoire. L'oxyde nitreux, moins puissant, ne comporte pas de dose mortelle et procure en outre certains effets de type hallucinogène de très courte durée (deux à trois minutes).	L'usage régulier d'anesthésiques est de nos jours à peu près inexistant, sauf peut-être pour l'oxyde nitreux dont l'emploi non médical connaît une certaine diffusion: dans le cas de ce produit, rien n'indique à l'heure actuelle qu'il y ait des effets dommageables à long terme sur la santé. Les effets à long terme de l'éther et du chloroforme s'apparentent à ceux de l'alcool, notamment en ce qui a trait à la tolérance, à la dépendance physique et au syndrôme de sevrage (surtout pour l'éther).
Les tranquillisants majeurs • Dérivés de la rauwolfia • Phénothiazines	Les tranquillisants majeurs, également connus sous le nom d'antipsychotiques ou neuroleptiques, se présentent sous formes diverses: comprimés, capsules, suppositoires, solutions. Les noms de marque les plus courants sont: Haldol (Mcneil), Largactil (Poulenc), Stelazine (SKF). **Provenance:** certains sont dérivés d'une plante indienne, la rauwolfia, qui fournit la réserpine; le groupe le plus important, les phénothiazines, sont des produits de synthèse. **Mode de consommation:** principalement par voie gastro-intestinale et par injection. **Adultérants:** inexistants. **Terme populaire;** appelés «psychiatrics» dans le jargon underground américain.	Chez les gens normaux, de faibles doses produisent somnolence et léthargie, accompagnées de sécheresse de la bouche. Chez les psychotiques, l'action principale est une rapide diminution de l'agressivité entraînant un ralentissement moteur, un calme affectif, une indifférence émotionnelle. Les zones contrôlant les réflexes conditionnés sont particulièrement affectées. À de trop fortes doses, des perturbations du foie, de la vue et de la coordination motrice peuvent se manifester. Des doses mortelles existent pour ces produits.	Fréquemment administrés pendant des années à des patients d'établissements psychiatriques, les tranquillisants majeurs semblent très rarement créer tolérance ou dépendance physique; les usagers qui cessent de les utiliser ne présentent pas de symptômes de sevrage marqués. Si cette catégorie de produits psychotropes ne pose que peu ou pas de problèmes de toxicomanie, il s'agit néanmoins de drogues puissantes dont l'emploi continuel entraîne une incapacité à réagir à l'environnement, maintenant l'individu dans un état quasi-végétal souvent accompagné de désordres visuels et moteurs.
Les tranquillisants mineurs • Méprobamate • Benzodiazépines	Les tranquillisants mineurs, aussi nommés anxyolitiques ou sédatifs, sont disponibles en capsules, comprimés ou solutions injectables. La famille chimique la plus connue est celle des benzodiazépines dans laquelle nous retrouvons les produits les plus prescrits: Valium (Roche), Vivol (Horner), Serax (Wyeth). Dans la famille des méprobamates, le premier produit apparu et le plus prescrit est Miltown (Horner). **Provenance:** produits de synthèse. **Mode de consommation:** voie gastro-intestinale et injection. **Adultérants:** certains tranquillisants comme le diazépam sont fabriqués clandestinement et peuvent de ce fait contenir des impuretés. **Termes populaires:** Downers, Roches, Pinottes.	Des doses normales provoquent une relaxation de la tension musculaire, une diminution de l'anxiété, un sentiment de bien-être pouvant s'accompagner de légers troubles de coordination. De fortes doses peuvent entraîner des réactions paradoxales (rage, insomnie) et des effets secondaires (nausées, étourdissements); de très grandes quantités peuvent provoquer la mort par dépression respiratoire. Il est particulièrement dangereux d'utiliser ces produits en combinaison avec l'alcool.	Consommés durant de longues périodes, les tranquillisants mineurs entraînent différents troubles de l'organisme: démangeaisons, somnolence, nausées, torpeur, perte d'appétit sexuel, dérèglement sanguin, troubles de mémoire, etc. En outre, l'usage chronique tend à augmenter plutôt qu'à supprimer l'agressivité chez l'utilisateur. À la longue, la plupart des produits de cette catégorie entraînent une tolérance (nécessité d'augmenter la dose) de même qu'une dépendance physique dont les symptômes de sevrage – insomnie, sudation, crampes, agitation, délire – peuvent dans certains cas aller jusqu'à la mort. La consommation fréquente de tranquillisants durant les premiers mois de la grossesse augmente les risques de malformations congénitales chez le nouveau-né.

ASPECTS HISTORIQUES	CONTEXTE ACTUEL DE CONSOMMATION	ASPECTS JURIDIQUES[1]
La découverte de l'alcool, probablement accidentelle (fermentation fortuite des réserves de fruits et de grains), remonterait à plus de 5000 ans avant J.-C. dans le cas de la bière et du vin, et à environ 800 ans après J.-C. pour les spiritueux. Considéré à l'origine comme un cadeau des dieux, l'alcool fut longtemps utilisé à des fins multiples : sociales (fêtes et réjouissances), médicales (contre la douleur et les infections) et religieuses (transes et rites sacrés). Au XX^{e} siècle, à la suite de pressions morales et économiques, les États-Unis prohibèrent l'alcool pendant 14 ans (1919-1933), imités par certaines provinces canadiennes; la population du Québec rejeta à l'époque la Prohibition qui devait s'avérer un échec sur le plan préventif. Dans les sociétés contemporaines, l'usage médical et religieux s'est estompé au profit d'un usage social normatif, lié à des valeurs d'intégration et de consommation.	Depuis la Prohibition, l'alcool a été l'objet d'un double mouvement de libéralisation économique et de déculpabilisation sociale qui en a fait un produit domestique par excellence et une drogue « invisible » aux yeux de l'opinion publique. Les boissons alcoolisées sont aujourd'hui largement accessibles (multiplication des permis et des points de vente, abaissement de l'âge légal, etc.) et fortement publicisées comme élément indispensable au mode de vie moderne. Au Canada, au début des années 1980, 80 p. 100 de la population adulte consommait de l'alcool au moins une fois à l'occasion, 65 p. 100 de façon régulière (au moins une fois par mois), alors que 12 p. 100 appartenait à la catégorie des gros buveurs (deux consommations et plus par jour). À tous les chapitres, on note une sur-représentation masculine : bassin de consommation, quantités ingurgitées et coûts sociaux liés à la consommation d'alcool.	La réglementation québécoise interdit aux moins de 18 ans d'acheter, de transporter ou d'avoir en leur possession des boissons alcoolisées, de même que d'entrer dans un débit de boissons, qu'il y ait consommation ou non. Dans certaines provinces, il est aussi interdit aux adultes de fournir sciemment des boissons alcoolisées à des mineurs. Le Code criminel fédéral interdit de conduire un véhicule aec un taux d'alcoolémie de 0,08% ou plus, ou encore de conduire un véhicule en état d'ivresse même avec un taux inférieur à 0,08%. Refuser de se soumettre à l'alcootest à la demande d'un policier constitue également une infraction. Depuis 1985, des peines fort sévères sont prévues pour les contrevenants en cette matière.
L'éther, découvert en 1540, connut une utilisation non médicale pendant trois siècles, comme amusement en société, parfois comme substitut à l'alcool ou comme source d'inspiration chez certains artistes et écrivains (Chateaubriand notamment); à partir de 1842, on découvrit son usage thérapeutique comme anesthésique. À l'instar de l'éther, l'oxyde nitreux, découvert en 1776, connut aussi une vogue comme drogue récréative avant qu'on découvre, par accident, ses propriétés anesthésiques, particulièrement en art dentaire. Finalement, en dehors d'épisodes isolés d'intoxication non médicale, le chloroforme, découvert en 1837, ne fut utilisé qu'en anesthésie médicale.	Si l'utilisation du chloroforme a pour ainsi dire disparu de nos jours, l'emploi médical de l'éther demeure toujours répandu comme agent anesthésique avant une opération chirurgicale mineure. L'oxyde nitreux est également employé dans certains cabinets de dentiste, notamment auprès des enfants qu'effraient les piqûres (bien que la plupart des dentistes se soient convertis aux anesthésiques par injection comme la procaine). L'usage non médical de l'oxyde nitreux existe encore, souvent limité aux cercles ayant accès au produit. Des personnes tentent d'obtenir ce produit auprès des fournisseurs de restaurants.	La disponibilité de ces produits est réglementée par la Loi des aliments et drogues.
Les tranquillisants majeurs, apparus au début des années 1950 – le premier fut la chlorpromazine (Largactil), en 1952 – révolutionnèrent la pratique médicale en psychiatrie: il s'agissait des premières drogues de synthèse apparemment capables d'agir et de traiter les maladies de « l'esprit », ce en quoi elles annonçaient l'arrivée des antidépresseurs et surtout des tranquillisants mineurs dans l'arsenal thérapeutique.	L'usage des tranquillisants majeurs est largement confiné au domaine psychiatrique où il s'est substitué à l'emploi de l'électrochoc. Ces produits peuvent toutefois être à l'occasion prescrits en médecine générale ou servir, comme ce fut courant à une certaine époque, pour contrer les mauvais « voyages » aux hallucinogènes. En raison de leurs effets peu agréables, les tranquillisants majeurs ne connaissent aucun usage non médical.	Les tranquillisants majeurs sont mentionnés à l'annexe F de la Loi des aliments et drogues et ne peuvent conséquemment être obtenus de façon licite qu'au moyen d'une ordonnance. Les professionnels de la santé (médecins, pharmaciens) qui prescrivent ou distribuent indûment ces produits sont passibles de poursuite pour délit d'ordonnance et de peines pouvant aller jusqu'à 5 000 $ d'amende et/ou 3 ans d'emprisonnement.
Le premier tranquillisant mineur apparu sur le marché fut le méprobamate (Miltown) en 1954, mais la majorité des produits les plus populaires de cette catégorie (les benzodiazépines) ont vu le jour à la fin des années 1950 et durant les années 1960 (Librium: 1959, Valium: 1963, Serax: 1967, Dalmane: 1969). Initialement introduits dans l'espoir de remplacer les barbituriques, les tranquillisants mineurs devaient rapidement correspondre à un nouvel usage social, associé, dans les mentalités de l'époque, aux « pilules de bonheur » d'une civilisation en crise.	Depuis 1960, les tranquillisants mineurs – principalement ceux du groupe des benzodiazépines – ont connu une diffusion médicale telle qu'ils sont devenus un phénomène social. Ils représentent la classe de psychotropes médicaux la plus prescrite et la quatrième drogue la plus consommée dans le monde après l'alcool, la caféine et la nicotine. Malgré leurs réserves, il ressort des études canadiennes, américaines et britanniques de la fin des années 1970 qu'environ 10 à 15 p. 100 de la population fait régulièrement usage de ces produits. Les personnes âgées et les femmes sont les plus touchées, le sexe féminin se voyant prescrire deux fois plus de ces produits que les hommes. D'autre part, depuis la fin des années 1960, des quantités variables sont détournées ou synthétisées pour le marché illicite.	Les aspects juridiques sont les mêmes que pour les tranquillisants majeurs.

1 Il est à noter que les peines mentionnées dans cette rubrique sont dans tous les cas les peines maximales prévues dans la législation sur déclaration de culpabilité par voie de mise en accusation. Dans les faits, on procède souvent par déclaration sommaire de culpabilité et les sentences tendent généralement vers plus de clémence (amende, libération conditionnelle, etc.).

TABLEAU 2 – Classe des dépresseurs du système nerveux central (suite).

CATÉGORIES ET SOUS-GROUPES	PRÉSENTATION GÉNÉRALE	USAGE OCCASIONNEL ET SURDOSAGE / EFFETS À COURT TERME	USAGE CHRONIQUE ET TOXICOMANIE / EFFETS À LONG TERME
Les hypnotiques-sédatifs • Barbituriques	Les plus connus se présentent en capsules, comprimés, préparations liquides à injecter ou à boire et suppositoires. Ces produits se distinguent par les différentes durées d'action: ultra-courte pour le Pentothal (Abbott), courte pour le Séconal (Lilly), intermédiaire pour l'Amytal (Lilly) et longue pour le Gardénal (Poulenc). **Provenance:** produits de synthèse, dérivés de l'acide barbiturique. **Mode de consommation:** principalement par voie gastro-intestinale et injection. **Adultérants:** à peu près inexistants, les produits du marché noir étant détournés du marché licite. **Termes populaires:** downers, goof-balls, barbs, ou suivant l'apparence de la capsule ou du comprimé (bleus, reds, yellow, etc.).	Les hypnotiques, barbituriques ou non, ont la caractéristique première d'induire pharmacologiquement au sommeil. Leur action, suivant le dosage, s'apparente à celle de l'alcool; sédation légère, désinhibition, perte de coordination, inconscience, coma, et mort par dépression respiratoire. Leur utilisation en synergie avec l'alcool est très dangereuse.	L'usage régulier d'hypnotiques entraine des perturbations physiques et psychologiques telles l'anémie, des troubles de la vision, des problèmes hépatiques, de profondes sautes d'humeur, de la dépression, etc. La tolérance au produit apparait rapidement et favorise constamment le risque de dose mortelle. La dépendance physique aux hypnotiques – principalement aux barbituriques – est une des plus dangereuses, les symptômes liés au sevrage ayant la réputation d'être les plus terribles: tremblements, hausse de température, accélération du pouls, chute de la pression artérielle, crampes, convulsions et mort (les risques sont particulièrement élevés s'il n'y a pas supervision médicale). L'intoxication chronique aux hypnotiques durant la grossesse est susceptible d'entrainer des malformations congénitales et la présence de symptômes de sevrage chez les enfants nés de mères consommatrices.
• Non-barbituriques	Adoptés comme substituts aux barbituriques, ils sont surtout disponibles en capsules et en comprimés. Les substances commerciales les plus en vogue sont Mandrax (Roussel), Doriden (Roche), Placydil (Abbott). **Provenance:** produits de synthèse. **Mode d'administration:** généralement par voie gastro-intestinale. **Adultérants:** même remarque que pour les barbituriques sauf que la production clandestine et les risques consécutifs sont à la hausse, principalement aux États-Unis. **Termes populaires:** les mêmes que pour les barbituriques.		
Les narcotiques • Opiacés	Les opiacés comprennent des substances issues de l'opium, dont les principaux constituants sont la codéine et la morphine, et un dérivé, l'héroïne. L'opium brut – d'usage exclusivement non médical – se présente en poudre ou bloc d'un brun foncé alors que la codéine et la morphine sont disponibles en comprimés, capsules, suppositoires ou solutions pour usage thérapeutique; l'héroïne, confinée au marché noir, se présente en poudre blanche ou brunâtre, selon sa pureté. **Provenance:** L'opium est le suc des capsules de la plante Papaver somniferum (pavot somnifère), cueilli sous forme de latex, dont on extrait les alcaloïdes de codéine et de morphine; l'héroïne est un dérivé semi-synthétique de la morphine. **Mode de consommation:** opium: mangé ou fumé en pipe; codéine: par voie gastro-intestinale; morphine et héroïne: surtout en injection. **Adultérants:** inexistants pour la codéine ou la morphine; nombreux (quinine, lactose, caféine, amidon) pour l'héroïne vendue dans la rue, dont la pureté ne dépasse guère 10%. **Termes populaires:** junk, smack, brown sugar, horse, H, came.	L'action principale des narcotiques à doses régulières est d'inhiber la douleur physique en provoquant une sédation qui se traduit habituellement par de l'apathie. Ce type de drogues s'avère également efficace contre la toux et les troubles intestinaux. À doses croissantes et pris en injection, les narcotiques procurent un intense sentiment de bien-être, souvent accompagné de lourdeur, de sécheresse de la bouche, d'agitation, de nausées, etc. De très fortes doses entrainent un rétrécissement extrême des pupilles et un ralentissement respiratoire pouvant provoquer la mort.	Le principal problème dû à l'usage régulier de narcotiques est la dépendance physique qui survient assez rapidement, accompagnée d'une tolérance croissante au produit. Les problèmes physiques reliés à l'utilisation chronique sont de deux ordres: problèmes propres à l'action de la drogue sur l'organisme et problèmes découlant du contexte d'illégalité qui entoure l'usage non médical. À long terme, les narcotiques entrainent une grave constipation, des fluctuations de l'humeur, des irrégularités menstruelles de même que des complications multiples au cours de la grossesse et de l'accouchement, et la transmission fréquente d'une dépendance et de symptômes de sevrage aux nouveaux-nés. Les problèmes de santé les plus dramatiques associés à l'usage prolongé de narcotiques, comme l'hépatite, le tétanos, les lésions cérébrales, les infections pulmonaires et même le décès consécutif à un surdosage, sont des effets secondaires découlant des conditions d'usage des produits: techniques d'injection non salubres, adultération et dosage inconnu, style de vie des usagers, etc. Les principaux symptômes liés au sevrage des narcotiques sont l'anxiété profonde, l'insomnie, la sudation excessive, des spasmes musculaires, des frissons et des tremblements; les risques de décès subit sont nettement moindres que dans le cas des sevrages d'autres dépresseurs (alcool et hypnotiques).
• Synthétiques	Les synthétiques, créés comme substituts aux opiacés, se présentent sous toutes les formes du domaine médical (comprimés, capsules, suppositoires, élixirs, solutions). Les plus connus sont le Percodan (Endo), le Démérol (Winthrop) et le Dilaudid (Pentagone). **Provenance:** produits de synthèse. **Mode d'administration:** surtout par voie gastro-intestinale et en injection. **Adultérants:** fréquemment détournés du marché licite, ils peuvent néanmoins être coupés, à l'instar de l'héroïne. **Termes populaires:** Les mêmes que pour les narcotiques opiacés.		

ASPECTS HISTORIQUES	CONTEXTE ACTUEL DE CONSOMMATION	ASPECTS JURIDIQUES
L'acide barbiturique fut découvert en 1864 et le premier de ses dérivés mis en marché fut le barbital (Veronal) en 1903, suivi peu après par le phénobarbital (Luminal) en 1912. Depuis lors, des centaines de barbiturates ont été mis en circulation. Ces substances ont été abondamment utilisées comme somnifères et en anesthésie générale. La prescription grand-public des barbituriques s'est mise à chuter dans les années 1950 alors que sont apparus les premiers hypnotiques non barbituriques: Doriden (1954), Noludar (1955), Quaalude (1955), Placidyl (1956). À l'instar des amphétamines et, dans une moindre mesure, des tranquillisants mineurs, les barbituriques se sont alors retrouvés en quantité sur le marché noir dans les années 1960 et au début des années 1970, ce qui devait entraîner leur classification comme drogue contrôlée dans la plupart des pays d'Occident.	Les hypnotiques barbituriques ne sont à peu près plus prescrits de nos jours, même si on les utilise encore largement en [illegible]esthésie générale. Les non-barbituriques les ont complè[illegible]ent remplacés à titre de «pilule pour dormir» et constituent de fait le deuxième groupe de psychotropes médicaux le plus prescrit, après les tranquillisants mineurs. Pour la consommation illicite, la vogue des barbituriques semble également passée au profit des non-barbituriques dont le marché est particulièrement florissant aux États-Unis (Quaalude, Sopor).	Les hypnotiques de type barbiturique sont mentionnés à l'Annexe G de la Loi des aliments et drogues qui règlemente les médicaments dits contrôlés. Ces produits ne peuvent être obtenus légalement sans ordonnance, ni fabriqués ou distribués par des entreprises ou des professionnels sans un permis du gouvernement. Le trafic ou la possession de ces drogues dans le but d'en faire le trafic sont passibles d'une peine d'emprisonnement maximale de 10 ans.
		Les hypnotiques non barbituriques sont mentionnés à l'Annexe F de la Loi des aliments et drogues au même titre que les tranquillisants majeurs et mineurs: ils sont disponibles sur ordonnance et assujettis aux dispositions concernant les délits d'ordonnance. La seule exception concerne le méthaqualone (Sopor, Quaalude, Mandrax) qui, depuis 1973, relève de l'Annexe G de la Loi des aliments et drogues.
L'usage thérapeutique et récréatif de l'opium remonte à plus de 4000 ans avant J.-C. dans la région du Moyen-Orient. L'histoire médicale, du Moyen Âge à nos jours, fut aussi marquée par l'usage de l'opium. Introduit et cultivé en Europe et préparé sous forme de laudanum (1520), il recrute au XVI[e] siècle beaucoup d'adeptes. Ce n'est toutefois qu'au XIX[e] siècle que l'usage des opiacés devient un phénomène de masse en Occident, aussi bien comme remède grand-public que comme drogue à la mode chez les artistes, écrivains et intellectuels: en 1803, isolation de la morphine sous sa forme pure; en 1832, isolation de la codéine; en 1853, découverte de la seringue hypodermique; en 1898, apparition du premier dérivé semi-synthétique des opiacés, l'héroïne, avec la réputation, plus tard invalidée, de ne pas être assujettissante. Le XX[e] siècle sera marqué en Occident par l'instauration de Lois (1911 au Canada et 1914 aux États-Unis) réglementant d'abord le marché des opiacés, puis restreignant son usage à des fins strictement médicales étroitement contrôlées. En 1925, la production, l'importation et l'usage de l'héroïne sont à leur tour interdits: dès lors, ce produit éclipse les autres opiacés sur le marché noir.	Sur le plan médical, la morphine et la codéine sont encore de nos jours mondialement utilisées pour leurs propriétés analgésiques: la morphine est principalement administrée en hôpitaux sous forme d'injections, la codéine se retrouvant dans une foule de produits pharmaceutiques contre la douleur ou la toux, souvent en combinaison avec des analgésiques non narcotiques comme l'A.A.S. (Aspirine). Sur le marché noir, l'héroïne supplante tout autre narcotique et a entraîné, avec le boom de consommation des années 1960 et 1970 la création de ghettos d'usagers (junkies) dont le mode de vie gravite essentiellement autour de l'approvisionnement en drogues. La Gendarmerie royale du Canada estimait à 20 000 le nombre d'héroïnomanes au pays en 1981. Enfin, une controverse existe à l'heure actuelle quant à un éventuel retour à l'usage médical de l'héroïne, dont la rapidité d'action comme analgésique aurait son utilité dans le traitement de certains malades très souffrants.	Les narcotiques opiacés et synthétiques (à l'exception de la pentazocine classée dans l'Annexe G de la Loi des aliments et drogues) sont régis au Canada par la Loi et les Règlements sur les stupéfiants. Les professionnels de la santé (médecins, pharmaciens, vétérinaires, dentistes) et les hôpitaux sont autorisés à se servir de ces drogues en respectant des mesures strictes de contrôle. Tout recours autre que médical à ces produits constitue un délit criminel. La possession illégale de narcotiques et la culture du pavot somnifère sont passibles d'un maximum de sept ans d'emprisonnement, alors que le trafic, la possession en vue de trafic et l'importation/exportation peuvent conduire à l'emprisonnement à vie; le délit d'importation/exportation est en outre automatiquement punissable d'un minimum de sept ans d'emprisonnement.
Les narcotiques synthétiques ont tous fait leur apparition au XX[e] siècle: d'abord l'hydromorphone (Dilaudid) en 1936, puis l'oxycodone (Percodan) en 1938, la mépéridine (Démérol) en 1939, la méthadone en 1947, auxquels ont succédé nombre d'autres produits dans les années 1950 et 1960. On espérait que ces produits pourraient éliminer la dépendance physique propre aux opiacés, mais les narcotiques synthétiques présentent à ce jour les mêmes caractéristiques assujettissantes que les dérivés de l'opium.	En pratique médicale, les narcotiques synthétiques sont utilisés comme compléments ou substituts des narcotiques opiacés: la mépéridine (Démérol) avant et après les opérations courantes, d'autres narcotiques (Novahitex) en élixirs contre la toux. Ces produits sont régulièrement détournés vers le marché illicite comme substituts de l'héroïne. En Angleterre et à certains endroits du Canada, les héroïnomanes désireux de rompre avec un mode de vie lié au marché noir ont la possibilité d'une «cure d'entretien» à la méthadone disponible sur ordonnance.	

TABLEAU 3 – Classe des stimulants du système nerveux central.

CATÉGORIES ET SOUS-GROUPES	PRÉSENTATION GÉNÉRALE	USAGE OCCASIONNEL ET SURDOSAGE / EFFETS À COURT TERME	USAGE CHRONIQUE ET TOXICOMANIE / EFFETS À LONG TERME
Les stimulants majeurs • Produits amphétaminiques	Les amphétamines constituent la famille principale des stimulants de synthèse (également appelés psychotoniques), à laquelle est étroitement apparenté le groupe des anorexigènes. Les produits amphétaminiques se présentent sous forme de cristaux jaunes pouvant être mélangés à des substances inertes qui servent de support. Les amphétamines dont les plus connues sont Benzédrine (SKF), Dexédrine (SKF) et Méthédrine (fabrication légale suspendue); du côté des anorexigènes, nous retrouvons Préludine (Boehringer), Tenuate (Merrell) et Ritalin (Ciba). **Provenance:** Produits d'origine synthétique apparentés aux stimulants naturels de l'organisme, l'adrénaline et la noradrénaline. **Mode d'administration:** Par voie gastro-intestinale ou par injection. **Adultérants:** Détournés du marché licite ou fabriqués clandestinement, les produits amphétaminiques ne sont que peu ou pas adultérés mais servent eux-mêmes d'adultérants à d'autres produits (hallucinogènes de rue, cocaïne); les synthèses clandestines (surtout de la méthamphétamine) peuvent présenter des impuretés de fabrication. **Termes populaires:** Speed, Crystal (lors d'injections), Meth.	En doses modérées, les amphétamines comme les anorexigènes possèdent une action activatrice générale: accélération du rythme cardiaque et respiratoire, augmentation de la vigilance et de l'attention accompagnée d'une diminution de la sensation de fatigue et de l'appétit. Les effets de ces produits peuvent durer quatre heures. Si on augmente les doses, l'état d'éveil se caractérise par de l'agitation et une grande volubilité, le sujet éprouvant un sentiment de puissance et de supériorité, un état général d'excitation pouvant osciller de l'irritabilité à l'angoisse et jusqu'à des comportements imprévisibles et violents. Prises en injection, ces drogues procurent un «rush» très intense, suivi d'une dépression encore plus prononcée que celle qui succède dans tous les cas à l'ingestion de drogues stimulantes. Bien qu'il n'existe pas de dose mortelle comme telle, certains cas de décès sont survenus à la suite d'hémorragies cérébrales ou défaillances cardiaques. Il est à noter que chez les enfants souffrant d'hyperactivité, ces produits agissent paradoxalement en procurant un effet calmant.	L'usage répété d'amphétamines et d'anorexigènes aboutit à des complications physiques et psychologiques: malnutrition et carences vitaminiques dûes à l'anorexie prolongée, faiblesse physique et nerveuse entrainée par le manque de sommeil et la surexcitation permanente, dépression profonde accompagnée d'impulsions agressives contre soi ou les autres. Chez l'usager chronique de fortes doses, des comportements violents et irrationnels peuvent survenir (entrainant suicides et homicides), ainsi que certaines perturbations mentales apparentées aux psychoses paranoïdes. Si l'usage régulier d'amphétamines oblige à une augmentation des doses pour produire le même effet, la dépendance qui s'installe est surtout psychique, caractérisée par un désir compulsif de répéter et de maintenir l'expérience de la stimulation.
• Cocaïne	La cocaïne est l'ingrédient psychoactif de la feuille de coca, raffiné en poudre cristallisée fine et blanchâtre dont la concentration peut dépasser 80%, alors qu'elle ne varie que de 0.5% à 2% à l'intérieur des feuilles. **Provenance:** Sous forme brute, la cocaïne est présente dans les feuilles de l'arbuste Erythroxylon coca qui croît sur le versant est des Andes, en particulier au Pérou et en Bolivie. La cocaïne raffinée ou cocaïne-sel est obtenue suite au compactage de grandes quantités de feuilles transformées en pâte de coca puis en cocaïne-base, que l'on traite au moyen de solvants pour obtenir des cristaux. Il est également possible de produire la cocaïne par synthèse. **Mode d'administration:** Dans les pays d'origine, les usagers mâchent traditionnellement la feuille séchée de coca, imprégnée de limette; depuis peu cependant, certains ont entrepris de fumer la pâte de coca, beaucoup plus forte. Dans nos pays, la cocaïne-sel est généralement absorbée par les muqueuses nasales («sniffée») au moyen d'une paille ou d'un billet roulé, quelques usagers pouvant également recourir à l'injection; l'autre façon d'administrer la cocaïne consiste à reconvertir les cristaux raffinés en base afin d'éliminer les adultérants et augmenter la concentration du produit qui peut alors être inhalé: cette technique, communément appelée «free-basing», s'est depuis peu répandue avec l'apparition de petites pépites de cocaïne-base prêtes à être fumées, connues sous le nom de «crack». **Adultérants:** La pureté de la cocaïne-sel illicite oscille entre 0 et 40%, altérée avec des substances inactives comme le talc ou le sucre, ou encore avec des substances qui imitent l'effet cocaïnique, soit des anesthésiques locaux comme la procaïne ou la benzocaïne, couplés à des stimulants tels que les amphétamines, la caféine ou l'éphédrine. **Termes populaires:** Coke, Neige, Snow, Colombine, Base, Rock, Crack.	La cocaïne étant rapidement métabolisée (détruite par l'organisme), ses effets durent beaucoup moins longtemps que ceux des amphétamines. Prise par voie nasale, une dose moyenne de 5 à 10 milligrammes (une à deux «lignes») provoque après quelques minutes une sensation euphorique d'énergie physique et mentale, un rythme respiratoire accru ainsi qu'une dilatation des pupilles dont l'effet dure de 20 à 60 minutes. Cette période est suivie d'une phase de dépression que l'usager est souvent tenté de combattre par de nouvelles doses. L'ingestion répétée de grandes quantités de cocaïne en une même occasion entraine un épuisement physique et nerveux obligeant à des périodes de récupération de 12 à 24 heures. Injectée sous forme de sel ou inhalée sous forme de base, les effets de la cocaïne sont plus intenses (comparables au «rush» des amphétamines) mais aussi plus brefs, et suivis d'une dépression encore plus marquée. De plus, l'ingestion de formes plus concentrées augmente les risques d'arythmie cardiaque et d'hémorragies internes pour les sujets vulnérables, l'effet anesthésique de la cocaïne pouvant par ailleurs produire, à des doses au-delà de 0,5 gramme de substance pure, la mort par dépression des centres respiratoires.	L'usage répété de cocaïne se caractérise par des symptômes apparentés à ceux des amphétamines: agitation, insomnie, irritabilité extrême, perte de poids, et jusqu'à des comportements violents et des hallucinations pouvant aboutir à l'état de psychose paranoïde. L'administration trop fréquente par le nez entraine des congestions et des écoulements de même que des perforations de la cloison des fosses nasales. Pour s'assurer les mêmes effets, l'usager régulier sera contraint d'augmenter les doses. Si la dépendance physique proprement dite ne semble pas exister pour ce type de produit, une forte dépendance psychique se manifeste par contre chez les usagers habituels de la cocaïne, qui les pousse à répéter jusqu'à l'abus l'expérience plaisante mais fugace de la stimulation euphorique.

[redacted]

ASPECTS HISTORIQUES	CONTEXTE ACTUEL DE CONSOMMATION	ASPECTS JURIDIQUES[1]
Les amphétamines et leurs sels furent découverts au cours des années 1930 en Allemagne (l'amphétamine en 1930, la dextroamphétamine et la méthamphétamine en 1939) et d'abord utilisés pour le traitement de l'obésité et de la dépression. L'usage des amphétamines se répandit rapidement et largement dans la société et fut souvent encouragé: on en distribua des rations aux soldats durant la Seconde Guerre mondiale pour les tenir en alerte; les travailleurs routiers s'en firent prescrire pour combattre le sommeil; les ouvriers d'usine et les hommes d'affaires, pour améliorer leur productivité, etc. Durant les années 1950 et 1960, suite à une surproduction par les compagnies pharmaceutiques américaines, de grandes quantités d'amphétamines auraient été détournées vers le marché noir, entrainant leur utilisation chez de nouveaux adeptes comme les groupes de motards, et donnant naissance à de nouvelles pratiques comme l'administration intra-veineuse ou injection de «cristal». Suite à la surprescription médicale et aux situations d'abus du marché illicite, les amphétamines virent leur usage thérapeutique grandement réduit et firent l'objet d'un contrôle législatif beaucoup plus strict à la fin des années 1960. Depuis lors, il semble que les compagnies pharmaceutiques aient entrepris d'écouler leurs surplus de stimulants dans les pays du Tiers-Monde. Les anorexigènes, drogues apparentées aux amphétamines, sont apparus au cours des années 1960 et ont connu depuis un détournement progressif vers le marché noir après le resserrement des contrôles sur les amphétamines.	Les amphétamines ne sont plus aujourd'hui prescrites que dans de rares cas, pour le traitement de la narcolepsie (maladie du sommeil) et chez les enfants hyperactifs. Beaucoup moins abondantes sur le marché noir qu'elles ne l'étaient au cours des années 1960 et au début des années 1970, les amphétamines - surtout le méthamphétamine - constituent toujours la substance contrôlée (annexe G de la Loi des aliments et drogues) la plus répandue sur le marché noir, le plus souvent synthétisée clandestinement dans des laboratoires canadiens ou américains, et distribuée par des réseaux criminels dans lesquels les clubs de motards sont de plus en plus impliqués. Les anorexigènes, prescrits comme leur nom l'indique pour le traitement de l'obésité, se retrouvent également sur le marché de la rue, détournés du marché licite.	Les amphétamines et leurs dérivés ainsi que les anorexigènes les plus courants (la diethylproprion et le méthylphénidate) se retrouvent dans l'annexe G de la Loi des aliments et drogues. Il s'agit, comme dans le cas des hypnotiques barbituriques, de drogues d'ordonnance assujetties à certaines mesures de contrôle: on ne peut se les procurer de façon légale que sur ordonnance et les contrevenants pour trafic ou possession de ces substances en vue de trafic, sont passibles d'une peine maximale de 10 ans d'emprisonnement.
Après avoir été la prérogative de l'élite durant l'empire inca, l'usage de la feuille de coca s'est démocratisé et l'ensemble de la population indienne de la région des Andes, en Amérique du Sud, en consomme encore de nos jours en petites quantités pour lutter contre la fatigue et la faim ainsi que par plaisir. Un chimiste allemand, Albert Niemann, put extraire et identifier l'alcaloide de cocaine en 1859; les propriétés excitantes et anorexigènes du produit furent ensuite confirmées et son usage médical comme anesthésique local se répandit en Europe. Au cours des années 1880, Sigmund Freud fit quelque temps usage du produit et en vanta exagérément les mérites. L'engouement pour la cocaïne devait se manifester dans le grand public au début du siècle: elle fut commercialisée dans des toniques, boissons et potions de toutes sortes (le célèbre Coca Cola en contenait jusqu'en 1903). L'usage non médical de la drogue devait se poursuivre jusqu'au début des années 1930, en dépit des mesures législatives adoptées en 1911 au Canada et en 1914 aux États-Unis pour en contrôler l'accès. Éclipsé par l'arrivée des amphétamines, l'usage illicite de la cocaïne est revenu à la mode vers la fin des années 1960.	L'usage médical de la cocaïne se limite à des opérations chirurgicales mineures. L'usage non médical est par ailleurs en forte recrudescence depuis la fin des années 1970; c'est dans ce secteur du marché noir que s'est produit le plus important «boom» de consommation ces dernières années. Réintroduit à la fin des années 1960 par les milieux huppés de la société (artistes, sportifs), l'usage de la cocaïne s'est depuis progressivement étendu à l'ensemble des couches de la population pour redevenir, comme au début du siècle, un phénomène de masse; l'apparition du «crack» dans certaines grandes villes américaines vers 1983 a rendu la situation plus critique encore, au point de ré-activer un véritable mouvement anti-drogues sur l'ensemble du continent nord-américain. Au Canada, en 1982, la Gendarmerie Royale estimait à environ 250,000 le nombre d'usagers réguliers du produit au pays. L'ensemble du marché noir de la cocaïne provient de la filière des Andes, plus précisément du Pérou, de la Bolivie et de la Colombie, ce dernier pays étant reconnu comme le lieu de raffinage par excellence de la drogue ensuite acheminée en Amérique du Nord et en Europe. Selon l'abondance des récoltes et de la demande, la cocaïne illicite se vend dans la rue de 125 $ à 175 $ le gramme et son degré de pureté excède rarement 40%, et de 10 $ à 20 $ la dose lorsque présentée sous forme de «crack».	Au Canada, la cocaïne est classée dans la Loi sur les stupéfiants. Toute utilisation à des fins autres que médicales constitue un délit criminel: la possession simple de cocaïne est punissable d'un maximum de sept ans d'emprisonnement; le trafic, la possession en vue de trafic et l'importation/exportation peuvent entrainer des peines maximales d'emprisonnement à vie; pour l'importation/exportation, une sentence minimale de sept ans d'emprisonnement est prévue.

1. Il est à noter que les peines mentionnées dans cette rubrique sont dans tous les cas les peines maximales prévues dans la législation sur déclaration de culpabilité par voie de mise en accusation. Dans les faits, on procède souvent par déclaration sommaire de culpabilité et les sentences tendent généralement vers plus de clémence (amende, libération conditionnelle, etc.).

TABLEAU 3 – Classe des stimulants du système nerveux central (suite).

CATÉGORIES ET SOUS-GROUPES	PRÉSENTATION GÉNÉRALE	USAGE OCCASIONNEL ET SURDOSAGE / EFFETS À COURT TERME	USAGE CHRONIQUE ET TOXICOMANIE / EFFETS À LONG TERME
Les stimulants mineurs • Caféine	La caféine est un alcaloïde psychotrope présent dans de nombreux produits domestiques tels le café, le thé, les préparations à base de chocolat et certaines boissons gazeuses; la caféine se retrouve également dans des médicaments contre les maux de tête et des stimulants pharmaceutiques en vente libre. **Provenance:** La caféine est présente sous forme brute dans les grains de café, les feuilles de thé, les feuilles de cacao et les noix de cola; on obtient également la substance pure par voie de synthèse. **Mode d'administration:** Sous forme domestique ou médicale, essentiellement par voie gastro-intestinale. **Adultérants:** La caféine de synthèse sert d'adultérant à des produits illicites, en particulier la cocaïne. **Terme populaire:** La drogue du petit matin.	L'ingestion de la caféine contenue dans deux tasses de café (environ 150 mg) accroît le rythme métabolique général: augmentation de la température du corps, hausse de la pression sanguine, fréquence accrue des mictions, stimulation des sécrétions gastriques. Au niveau cérébral, les effets de stimulation semblent dépendre de la personnalité de l'usager autant que de son niveau habituel de consommation du produit. La caféine agit sur le sommeil qu'elle retarde et dont elle diminue généralement la durée autant que la profondeur. À de fortes doses, cette drogue est susceptible de provoquer maux de tête, tremblements, nervosité excessive et même délire chez des non-usagers. Il est théoriquement possible de mourir d'une dose excessive de caféine, soit 3,2 grammes de la substance pure administrée par injection ou 10 grammes ingérés par voie orale (l'équivalent d'environ 90 tasses de café filtre en moins de quatre heures!).	L'usage régulier de plus de 600 mg de caféine par jour (environ 8 tasses de café ou 20 bouteilles de cola) entraîne certains effets toxiques à long terme tels l'insomnie chronique, des désordres de l'estomac, une propension à l'angoisse et à la dépression. Si la tolérance au produit n'est pas démontrée, il appert qu'une consommation quotidienne de 300 mg de caféine (4 tasses de café) suscite une certaine dépendance physique dont les symptômes caractéristiques, lorsqu'il y a arrêt de consommation, comprennent des maux de tête violents, de la fatigue et de l'irritabilité exagérée. Plusieurs études se poursuivent à l'heure actuelle quant aux effets à long terme de la caféine, notamment sur l'incidence des maladies cardio-vasculaires et des cancers de la vessie et du pancréas. Il est par ailleurs conseillé aux femmes enceintes d'éviter de consommer de fortes quantités de caféine lors de la grossesse.
• Nicotine	Liquide huileux, incolore et très soluble dans l'eau, la nicotine est l'ingrédient psychotrope contenu dans le tabac, sous toutes ses formes. Une cigarette-type contient de 15 à 20 mg de nicotine. Outre la nicotine, les produits du tabac recèlent du goudron et de l'oxyde de carbone. **Provenance:** La nicotine est l'alcaloïde le plus puissant de la plante à tabac, la Nicotiana tabacum. **Mode d'administration:** Habituellement inhalée en cigarettes, cigares ou dans une pipe, la nicotine peut également être prisée (par le nez) et chiquée (mastiquée en bâtons). **Adultérants:** Inexistants. Le tabac sert toutefois de support à la consommation illicite de l'opium et du haschish. **Termes populaires:** Cloppes, Zigouilles.	Après inhalation, la nicotine contenue dans le tabac provoque l'accélération du pouls, un abaissement de la température du corps, l'augmentation de la pression en même temps qu'une réduction de l'afflux sanguin aux bras et aux jambes. On note également un effet anorexigène comme celui des autres stimulants. L'effet de stimulation du système nerveux varie selon l'expérience du fumeur: le débutant se sentira facilement étourdi et énergique, parfois même sujet à des diarrhées et des vomissements, alors que le fumeur habitué ne ressentira que de la détente. La dose létale de nicotine pure est d'aussi peu que 1 mg par kilo du poids corporel; pour chaque cigarette contenant 15 à 20 mg de nicotine, un seul milligramme atteint effectivement le sang et de là, le cerveau, le reste étant détruit lors de la combustion. Il suffirait de boire l'eau dans laquelle aurait trempé quelques temps un cigare pour mourir empoisonné.	Étant donné la grande toxicité de la nicotine, le corps développe très rapidement des mécanismes de défense contre ce produit, qui entraînent une tolérance et une dépendance physique réputées des plus difficiles à briser (parfois davantage que l'alcool ou même l'héroïne). Les usagers «modérés» de tabac (moins de 10 cigarettes par jour) sont d'ailleurs l'exception. Les effets à long terme de la nicotine et des autres constituants du tabac (goudron et oxyde de carbone) sont multiples: maux de gorge, mauvaise haleine, carence de vitamines C et B, essoufflement permanent, doigts et dents jaunis; à un niveau plus grave, les systèmes broncho-respiratoires et cardiovasculaires sont les plus touchés: risques accrus de crises cardiaques, de cancers du poumon, de la bouche et des voies respiratoires, de bronchites chroniques, d'emphysème, d'obstruction des vaisseaux sanguins dans les membres, etc. Des recherches révèlent que chaque cigarette réduit la vie du fumeur de 5,5 minutes. Enfin, le fait de fumer durant la grossesse pourrait avoir des répercussions sur le développement de l'enfant, en plus d'augmenter les risques de prématurité, de fausses couches ou d'accouchement de bébés mort-nés.
Les antidépresseurs • Inhibiteurs de la MAO • Tricycliques	Disponibles en comprimés et en solutions injectables, les antidépresseurs se présentent en deux groupes principaux: les inhibiteurs de la MAO (Mono-Amine Oxydase), où l'on retrouve des produits comme Parnate (SKF) et Nardil (Warner); les non-inhibiteurs de la MAO ou tricycliques comme Tofranil (Geigy), Sinequan (Pfizer) et Surmontil (Poulenc). **Provenance:** Produits de synthèse. **Mode d'administration:** Par voie gastro-intestinale et sous forme d'injections. **Adultérants:** Inexistants. **Termes populaires:** Inexistants.	Les antidépresseurs sont des stimulants de l'humeur plutôt que de la vigilance: ils agissent de façon sélective en provoquant un accroissement de la vitalité en même temps qu'un ralentissement de l'idéation dépressive. Les effets à court terme de ces produits sont souvent désagréables: sédation, bouche sèche, vision brouillée, difficultés d'évacuation, etc. Les patients déprimés qui réagissent bien à ce type de drogue n'en ressentent généralement les effets bienfaisants qu'après une ou deux semaines d'usage, alors que les gens normaux n'expérimentent que les effets secondaires déplaisants. À fortes doses, le risque de mort par antidépresseurs est très élevé, passant de convulsions à des variations brusques de la tension artérielle jusqu'à l'arrêt cardiaque.	L'usage chronique des antidépresseurs est rare, les patients en venant d'eux-mêmes à diminuer puis à couper les doses lorsqu'ils se sentent rétablis, afin d'éliminer les effets secondaires indésirables. À l'instar des tranquillisants majeurs, le peu de gratifications que procure ce genre de produits n'a pas favorisé leur usage non médical ni la toxicomanie.

ASPECTS HISTORIQUES	CONTEXTE ACTUEL DE CONSOMMATION	ASPECTS JURIDIQUES
Le caféier serait originaire d'Éthiopie où, selon la légende, les habitants en auraient pour la première fois expérimenté les propriétés, il y a plus de 1000 ans. Dans les pays arabes, les Musulmans l'utilisaient au XV[e] siècle pour rester éveillés durant les cérémonies religieuses. Dans des pays comme l'Égypte, à cette époque, et un peu plus tard lors de son introduction en Europe, au XVII[e] siècle, le café fut au centre de grandes controverses, au point qu'on tenta d'en prohiber l'usage. Rien n'y fit pourtant et les salons de café se répandirent largement. Jean-Sébastien Bach et Honoré de Balzac figurent parmi les plus illustres adeptes de cette substance dont l'ingrédient actif, la caféine, fut isolé en 1820. Le thé, en provenance d'Orient, fut introduit en Angleterre, puis dans toute l'Europe à partir du début du XVII[e] siècle, le composant actif en étant identifié en 1827.	Avec l'alcool, la caféine est de nos jours le psychotrope le plus largement consommé à travers le monde. Au Canada, on estime à plus de 50% la caféine consommée sous forme de café, 35% sous forme de thé et environ 10% sous d'autres formes (colas, chocolats, médicaments). Selon l'Addiction Research Foundation de l'Ontario, les Canadiens consommaient, au milieu des années 1970, 4,1 kg de café et 0,9 kg de thé par année par habitant de plus de 14 ans, soit en moyenne un peu plus de deux tasses de thé par jour par adulte. Environ 27 p. 100 des usagers étaient réputés consommer l'équivalent en caféine de 5 tasses et plus par jour, alors que 5 p. 100 d'entre eux – soit plus de 500 000 Canadiens – buvaient une quantité de caféine de 7 tasses et plus quotidiennement, seuil où se manifestent des risques pour la santé.	La caféine est une substance commercialisée sous plusieurs formes, dont aucune loi ne limite la consommation au Canada. L'étiquetage des produits contenant de la caféine relève de la Loi des aliments et drogues.
Le tabac fut longtemps utilisé par les Amérindiens comme drogue sacrée, au cours de cérémonies religieuses. Jean Nicot, ambassadeur français au Portugal, en ramena en Europe vers 1560, où le produit connut immédiatement une grande popularité auprès de l'élite et du corps médical. Craignant une trop grande diffusion, l'Église et les autorités politiques de l'époque tentèrent d'en interdire l'usage qui, dans certains pays, était même passible de la peine de mort. Ces mesures coercitives furent cependant vaines et l'utilisation du tabac gagna rapidement toutes les classes sociales, devenant finalement une source importante de taxation pour les gouvernements et une industrie fort lucrative, peu à peu contrôlée par quelques grandes sociétés multinationales. Vers le milieu du XX[e] siècle, des recherches et des avis médicaux de plus en plus nombreux concernant les effets nocifs du tabagisme obligèrent les compagnies productrices à mettre en marché des produits plus légers, et les gouvernements à entreprendre des campagnes anti-tabac auprès du grand public. Aussi, depuis une vingtaine d'années dans la majorité des pays d'Occident, l'usage du tabac est-il en régression.	La sensibilisation publique aux méfaits du tabagisme a entraîné une chute importante de la consommation depuis 15 ans au Canada: au début des années 1980, on comptait 60% de non-fumeurs, 34,2% de fumeurs réguliers (un paquet de cigarettes ou plus par jour), 3,5% de fumeurs occasionnels et 2,2% de fumeurs de pipe ou de cigares, comparativement à une proportion de 50% de non-fumeurs et 43% de fumeurs réguliers en 1965. Les fumeurs réguliers consomment, cependant, en moyenne 20% de cigarettes de plus qu'il y a dix ans. Enfin, malgré cela, on estimait à 29 000 le nombre de décès imputables au tabagisme au Canada en 1981.	Les fabricants sont tenus par la loi d'indiquer les taux de goudron et de nicotine de même qu'une mise en garde sur chaque paquet de cigarettes et de tabac. La loi canadienne sanctionne en tout lieu public la possession ou l'usage de produits à base de tabac par des jeunes de moins de 16 ans. Des lois provinciales interdisent aussi qu'on leur en vende. Les peines maximales pour les contrevenants ne dépassent jamais 50 $. Actuellement, on légifère pour restreindre l'usage du tabac dans les lieux publics.
Le premier antidepresseur, l'imipramine (Tofranil), fut mis au point en 1958, suivi de l'amitriptyline (Élavil) et de plusieurs autres produits au cours des années 1960 et 1970. Ces produits furent conçus à l'origine pour le traitement psychiatrique de la dépression, comme adjuvants aux tranquillisants majeurs.	Depuis les années 1970, les antidépresseurs sont utilisés en dehors des institutions psychiatriques et tendent à devenir un produit de prescription grand-public susceptible de se substituer aux tranquillisants mineurs.	L'ensemble des antidépresseurs relève de l'annexe F de la Loi des aliments et drogues. Ces produits ne peuvent conséquemment être obtenus sans ordonnance et, comme dans le cas des tranquillisants mineurs et majeurs, des dispositions légales existent pour les délits d'ordonnance.

TABLEAU 4 – Classe des perturbateurs du système nerveux central.

CATÉGORIES ET SOUS-GROUPES	PRÉSENTATION GÉNÉRALE	USAGE OCCASIONNEL ET SURDOSAGE / EFFETS À COURT TERME	USAGE CHRONIQUE ET TOXICOMANIE / EFFETS À LONG TERME
Les hallucinogènes • Indoliques	Les hallucinogènes indoliques présentent tous une structure moléculaire commune, apparentée au médiateur naturel sérotonine. Ce groupe comprend principalement le LSD-25 – diéthylamide de l'acide lysergique que l'on retrouve à l'état naturel dans les graines de volubilis – de même que la psylocybine et la psylocine. On retrouve également les produits actifs de nombreuses plantes peu connues et jamais utilisées dans nos régions: la bufoténine, l'harmaline, l'ibogaïne, le yagé. Le LSD-25 est à l'état pur une poudre cristallisée, blanche, inodore dont le seuil d'activité est infinitésimal (microgrammes); il est disponible sur le marché noir sous forme de gouttes déposées à même un buvard ou une gélatine ou encore sous forme de mini-comprimés de couleur de la grosseur d'une pierre à briquet (micro-dots) et, plus rarement, en solutions. La psylocybine, quant à elle, est souvent distribuée sous forme de champignons séchés ou en capsules contenant une poudre de couleur quelconque. **Provenance:** Le LSD-25 est une drogue semi-synthétique dérivée de l'acide lysergique par hydrolyse des alcaloïdes de l'ergot de seigle, la psylocybine et la psylocine sont présentes sous forme brute dans le champignon Psylocybe mexicana et dans certaines espèces poussant entre autres au Canada. **Mode d'administration:** Le LSD et la psylocybine sont consommés par voie gastro-intestinale et rarement par injection. Les Indiens du Mexique fument le champignon. **Adultérants:** présenté en gélules, capsules ou gros comprimés, le LSD (communément appelé «acide») s'avère en fait de la phencyclidine (PCP). **Termes populaires:** Acide, Magic mushrooms.	Les effets à court terme des hallucinogènes dépendent, plus que pour toute autre drogue, de la personnalité de l'utilisateur, de son humeur et de l'environnement immédiat lors de l'usage. Le LSD est le plus puissant de tous, agissant à des doses aussi infimes que 30 microgrammes pendant une période de 2 à 12 heures. Une dose moyenne de 200 microgrammes entraîne, en moins d'une heure, une augmentation de la respiration et de la tension artérielle alors que l'usager ressent un accroissement de l'acuité sensorielle et émotive accompagné d'altérations de l'humeur, de la pensée et des perceptions spatio-temporelles. L'attention et la motricité peuvent également être perturbées. Variant d'un usager à l'autre, l'expérience vécue pourra être esthétique, psychologique ou spirituelle à moins qu'elle devienne dysphorique et suscite de l'angoisse et de la panique. L'effet de la psylocybine est beaucoup plus doux que celui du LSD et se caractérise par des sensations physiques accrues: détente, légèreté ou lourdeur, sensibilité, etc.	Peu de données existent sur les effets à long terme de l'usage des hallucinogènes, quels qu'ils soient. En raison de la nature particulière de l'expérience personnelle – positive ou négative – qui est vécue, il ne s'agit pas d'emblée d'une catégorie de psychotropes propice à un usage régulier ou susceptible d'entraîner une dépendance psychologique rapide: les usagers avertis s'en tiennent d'ailleurs à des consommations très intermittentes, en général dans des contextes choisis et appropriés. Il reste que les utilisateurs chroniques de ce genre de produits encourent, comme pour toute autre drogue, des risques croissants pour leur santé, en particulier s'ils consomment des hallucinogènes adrénergiques de synthèse et des hallucinogènes délirants. Des problèmes de personnalité, d'humeur, d'adaptation à la réalité peuvent survenir et s'amplifier, surtout dans le cas d'individus déjà vulnérables ou mal préparés. La plupart des hallucinogènes suscitent une tolérance rapide de l'organisme qui disparaît toutefois au bout de quelques jours, alors que l'utilisateur recouvre sa sensibilité au produit. Aucun type d'hallucinogène n'est réputé à ce jour entraîner de dépendance physique, l'arrêt de consommation ne suscitant en aucun cas de réaction de sevrage.
• Adrénergique	Les hallucinogènes adrénergiques présentent des caractéristiques moléculaires communes s'apparentant à l'adrénaline. Ils regroupent une série de produits congénères tels le MDA, le MDM, le PMA, le TMA et le STP (aussi appelé DOM) dont la plupart, si l'on excepte le MDA, sont des curiosités pharmacologiques qui ne se retrouvent plus guère dans la rue. Le psychotrope le plus notoire de ce groupe est la mescaline, contenue dans les boutons séchés d'un cactus qui sont coupés, hachés ou moulus et parfois encapsulés, sous l'apparence d'une poudre brunâtre. **Provenance:** La mescaline est disponible sous forme brute dans le cactus mexicain peyolt de même qu'en sulphate de synthèse. Les autres produits sont des variations synthétiques à partir de la molécule d'amphétamine. **Mode d'administration:** Généralement par voie gastro-intestinale. **Adultérants:** La quasi-totalité des échantillons de mescaline saisis dans la rue se sont révélés du PCP ou un mélange de PCP et de LSD. **Terme populaire:** La prétendue mescaline se fait appeler «Mesc».	Dans le cas des hallucinogènes adrénergiques, les sensations d'altérations perceptuelles et cognitives apparaissent plus graduellement, avec moins d'éclat que le L.S.D. De fortes doses sont également plus toxiques. Une dose moyenne de mescaline, de 300 à 500 milligrammes, provoque des effets pouvant durer de 10 à 18 heures, souvent précédés d'une phase d'inconfort (nausées, vomissements). Les effets subséquents s'apparentent à ceux du LSD mais, à dose élevée, entraînent des maux de tête, un assèchement de la bouche et un ralentissement du rythme respiratoire et cardiaque. Les autres produits de ce groupe provoquent un effet hallucinogène en dose moindre (de 3 à 100 milligrammes) et comportent pour la plupart des risques de mortalité dans le cas de surdosage.	
• Délirogènes	Les hallucinogènes délirogènes regroupent plusieurs types de produits caractérisés par leurs effets perturbateurs souvent désagréables ou dangereux. On y retrouve entre autres les anticholinergiques – atropine, scopolamine, hyoscyamine –, ainsi que la phencyclidine (PCP). **Provenance:** Les anticholinergiques sont des alcaloïdes psychotropes présents à l'état naturel dans certaines plantes de la famille des solanacées: datura, belladone, jusquiame, mandragore, dont certains sont extraits pour usage médical. La phencyclidine est un produit de synthèse. **Mode d'administration:** Dans tous les cas, principalement par voie gastro-intestinale. Le PCP est également pris par injection ou fumé en cigarettes, saupoudré à même le tabac. **Adultérants:** La phencyclidine est le principal adultérant ou substitut des produits de rue se présentant comme hallucinogènes (mescaline, THC, acide). **Terme populaire:** La phencyclidine est mieux connue sous le nom d'Angel Dust.	Les anticholinergiques provoquent une sécheresse prononcée de la bouche et de la peau, une augmentation de la température corporelle donnant une impression de fièvre, des difficultés de vision, de la constipation, des troubles urinaires; au plan psychologique, ils produisent (particulièrement la scopolamine) un état de désorientation générale et de détachement de la réalité pouvant s'accompagner de fortes hallucinations. À trop fortes doses, ces produits entraînent la mort. La phencyclidine (PCP) agit à des doses de 2 à 10 mg: en petites quantités, les effets s'apparentent à l'intoxication alcoolique; à des doses plus élevées, un état d'anesthésie peut survenir avec un sentiment de dissociation et de fortes distorsions dans la perception du temps et de l'espace. De trop fortes doses entraînent des convulsions, le coma et la mort. Les effets du PCP peuvent durer de 4 à 6 heures si la drogue est fumée et près de 24 heures si elle est prise oralement.	

ASPECTS HISTORIQUES	CONTEXTE ACTUEL DE CONSOMMATION	ASPECTS JURIDIQUES[1]
Le LSD-25 fut synthétisé en 1938 par un chimiste suisse, Albert Hoffman, qui devait lui-même en faire accidentellement l'expérience quelques années plus tard, en 1943. Par la suite, la compagnie Sandoz pour laquelle il travaillait, distribuera la drogue aux hôpitaux et médecins intéressés par le potentiel du nouveau produit pour la compréhension et le traitement des maladies mentales. À la fin des années 1950, en Amérique, l'usage non médical du LSD se répandit dans des cercles restreints pour atteindre peu à peu de larges couches de la jeunesse nord-américaine au cours des années 1960, à travers l'explosion de la contre-culture. Devant cette consommation croissante, le LSD fut interdit aux États-Unis en 1966. Malgré son interdiction et la difficulté de poursuivre des expérimentations depuis, des chercheurs de plusieurs milieux considèrent qu'il s'agit d'un psychotrope dont l'utilité pourrait être grandement appréciée, notamment en psychothérapie. Les champignons sacrés contenant la psylocybine constituent pour leur part une des plantes psychotropes les plus importantes du sud du Mexique, cultivée et utilisée par les Indiens lors de cérémonies depuis des siècles. C'est au cours des années 1950 que des botanistes ont attiré l'attention sur cette substance dont on découvrit la parenté avec le LSD. Durant les années 1960, beaucoup de jeunes adeptes se rendirent en pèlerinage au Mexique pour expérimenter sur place ces champignons; depuis lors, les utilisateurs ont découvert que des familles de champignons psychotropes poussaient également en Amérique du Nord.	Après une large diffusion clandestine jusqu'au début des années 1970, le LSD-25 s'est éclipsé du marché noir pendant quelques années pour revenir en force au début des années 1980, mais à des doses nettement moins élevées. Le LSD est actuellement la substance qui suscite le plus d'arrestations au pays sous le coup de la Loi des aliments et drogues. Les laboratoires clandestins sont majoritairement situés aux États-Unis. Les consommateurs actuels, essentiellement des jeunes, ne ressemblent guère à ceux des années 1960; ils sont incapables de véritablement distinguer ce qu'ils consomment et l'usage de LSD se confond avec l'usage récréatif de n'importe quel autre psychotrope, sans s'appuyer sur une motivation culturelle ou une recherche personnelle.	La majorité des hallucinogènes des deux premiers groupes (LSD, psilocybine, psylocine, MDA, MDM, PMA, TMA, STP) composent la catégorie des drogues d'usage restreint mentionnées à l'annexe H de la Loi canadienne des aliments et drogues. L'usage de ces substances est interdit sauf en cas d'autorisation spéciale accordée à certains centres ou à certaines personnes pour fins d'expérimentation. Toute autre utilisation constitue un délit criminel passible d'un maximum de trois ans d'emprisonnement et/ou 5 000 $ d'amende dans le cas de possession simple, et d'un maximum de 10 ans d'emprisonnement dans les cas de trafic et de possession en vue de trafic. La mescaline, non disponible légalement, est classée dans l'annexe F de la Loi des aliments et drogues, parmi les médicaments d'ordonnance. Les autres hallucinogènes, comme les graines de Volubilis, ne font l'objet d'aucune réglementation.
Le cactus peyolt qui recèle la mescaline est une des grandes plantes sacrées du Nouveau-Monde, utilisée depuis fort longtemps par des tribus indiennes du Mexique qui effectuent encore des pèlerinages rituels dans le désert pour cueillir et consommer les boutons du fameux cactus. À la fin des années 1880, l'usage du peyolt se répandit chez les Indiens du sud des États-Unis donnant lieu à de vives controverses entre Blancs et Indigènes. Après de nombreuses batailles légales, le gouvernement américain reconnut aux Indiens le droit d'utiliser le psychotrope à des fins religieuses. Bien que la mescaline comme principe actif ait été isolée dès la fin du XIX[e] siècle, ce n'est qu'au cours des années 1950 que l'usage de la substance fut porté à l'attention des occidentaux, en particulier après la publication des expériences de l'écrivain-philosophe Aldous Huxley. Malgré la vogue du produit durant l'explosion psychédélique des années 1960, bien peu de véritable mescaline – sous forme brute ou synthétique – fut disponible sur le marché noir.	C'est également au cours des années 1960 qu'apparut une foule de nouveau hallucinogènes de synthèse provenant, souvent du marché noir californien, depuis lors à peu près disparus. Le plus ancien et peut-être le mieux connu est le MDA dont la synthèse originale remonte à 1910 en Allemagne; il est le seul qui circule encore sur le marché illicite des années 1980, la plupart du temps fabriqué dans les laboratoires clandestins canadiens. Bien que l'appellation mescaline n'ait jamais perdu sa vogue dans l'univers des drogues de rue, il appert qu'il ne se vend à peu près que du PCP (ou du LSD). Comme dans le cas du LSD, les consommateurs actuels de ces drogues sont majoritairement des jeunes n'ayant que peu ou pas connu le contexte particulier qui prévalait dans les années 1960.	
Les propriétés hallucinogènes de certaines plantes solanacées sont connues depuis des siècles où elles ont donné lieu à diverses utilisations, tant au plan médical que religieux. Les alcaloïdes anticholinergiques sont utilisés depuis le XX[e] siècle en médecine occidentale dans plusieurs médicaments (produits contre la toux, contre les allergies, somnifères, etc.). Le PCP est quant à lui un produit de synthèse découvert à la fin des années 1950 et introduit, comme anesthésique chirurgical en 1963 aux États-Unis. Ses effets secondaires hallucinogènes eurent tôt fait de reléguer son usage au domaine vétérinaire. C'est vers la même époque, au milieu des années 1960, qu'il fit son apparition sur le marché noir; peu coûteux et facile à synthétiser, il allait devenir le substitut des hallucinogènes en vogue durant cette période.	L'utilisation d'hallucinogènes délirants comme les anticholinergiques reste un phénomène rare de nos jours, malgré certaines expériences isolées qui habituellement ne sont plus répétées. La diffusion du PCP par contre n'a cessé de croître sur le marché noir, au point où il s'agit à l'heure actuelle de la seconde drogue de synthèse au niveau illicite, après le LSD, en dépit du fait que les usagers n'en soient souvent même pas conscients. Cette substance est toujours commercialisée dans le domaine de l'anesthésie vétérinaire.	Au Canada, le PCP est depuis 1973 classé dans la Loi sur les stupéfiants, aux côtés des narcotiques, de la cocaïne et du cannabis. La possession simple de phencyclidine est ainsi passible d'un maximum de sept ans d'emprisonnement, alors que le trafic, la possession en vue de trafic et l'importation/exportation encourent une peine maximale d'emprisonnement à perpétuité. Comme pour les autres substances tombant sous le coup de cette loi, rappelons que le chef d'accusation d'importation/exportation est assorti d'une peine minimale de sept ans d'emprisonnement, sur déclaration de culpabilité par voie de mise en accusation.

1. Il est à noter que les peines mentionnées dans cette rubrique sont dans tous les cas les peines maximales prévues dans la législation sur déclaration de culpabilité par voie de mise en accusation. Dans les faits, on procède souvent par déclaration sommaire de culpabilité et les sentences tendent généralement vers plus de clémence (amende, libération conditionnelle, etc.).

TABLEAU 4 – Classe des perturbateurs du système nerveux central (suite).

CATÉGORIES ET SOUS-GROUPES	PRÉSENTATION GÉNÉRALE	USAGE OCCASIONNEL ET SURDOSAGE EFFETS À COURT TERME	USAGE CHRONIQUE ET TOXICOMANIE EFFETS À LONG TERME
Les cannabinoïdes • Dérivés du cannabis	Les dérivés du cannabis comprennent la marijuana, feuilles et fleurs séchées de couleur variant du vert pâle au brun, contenant souvent des graines et des bouts de tiges (5 à 12 % de THC); le haschisch (15 à 20 % de THC), morceaux de texture variable (sèche, molle, friable) et d'une couleur variant du brun clair au noir; l'huile de haschich, liquide épais d'un noir verdâtre ou d'un brun rougeâtre (jusqu'à 60 % de THC) **Provenance:** Tous ces dérivés proviennent d'une variété de chanvre indien, le cannabis sativa, qui pousse dans plusieurs régions tropicales et tempérées du monde. **Mode d'administration:** généralement inhalés en cigarettes (joints) ou en pipe, souvent mélangés avec du tabac lorsqu'il s'agit de haschisch ou d'huile; également absorbés par voie orale, incorporés aux aliments. **Adultérants:** La marijuana est peu adultérée, sinon avec des produits domestiques (origan, persil); les récoltes illicites sont parfois arrosées d'herbicides très toxiques comme le paraquat. Le haschisch et l'huile sont sujets à l'adultération avec de la cire à chaussure, de l'huile à moteur ou tout autre produit permettant de foncer la couleur laissant croire à un taux élevé de THC. **Termes populaires:** Mari, Pot, Grass, Hash, Joint, Résine.	Comme pour les hallucinogènes, les effets des cannabinoïdes sont fortement contingents des dispositions intérieures et du climat prévalant à l'usage. À faibles doses, l'usager éprouvera généralement une sensation d'euphorie, de calme, de relaxation pouvant s'accompagner d'hilarité et de volubilité, ainsi que d'une plus grande acuité sensorielle; sur le plan physique, le rythme cardiaque s'accélère, la bouche s'assèche, les yeux rougissent et l'appétit est fréquemment stimulé. À fortes doses ou chez des usagers indisposés, un sentiment d'angoisse, de peur, de panique ou de repli sur soi peut être ressenti; physiquement, des tremblements, des étourdissements, des nausées, de la diarrhée peuvent survenir. Il semble que de très fortes doses ou de très grandes concentrations de ces substances puissent produire des hallucinations. Les effets du cannabis durent en moyenne de deux à quatre heures lorsque le produit est inhalé et plus longtemps lorsqu'il est ingéré.	L'usage prolongé des cannabinoïdes peut dans certains cas entraîner de l'apathie, une perte de volonté et de motivation ainsi que des problèmes de mémoire et de concentration. Ces manifestations, souvent qualifiées de «syndrome amotivationnel», disparaissent généralement après l'arrêt de la consommation régulière. D'autre part, les utilisateurs chroniques de cannabis par inhalation s'exposent à des problèmes respiratoires et pulmonaires, attendu qu'une cigarette moyenne de marijuana contient deux fois plus de goudron et beaucoup plus de produits cancérigènes qu'une cigarette de tabac. La tolérance aux produits de cette catégorie peut parfois être inversée, un consommateur régulier nécessitant des quantités moindres pour obtenir l'effet désiré. Une dépendance psychologique au produit peut s'installer à la suite d'un usage continu. Les symptômes de dépendance physique apparaissent par contre à peu près inexistants. Des recherches se poursuivent quant aux effets à long terme des cannabinoïdes sur la structure chromosomique, les taux d'hormones sexuelles, les mécanismes immunitaires, la croissance foetale, etc., mais aucun résultat concluant ne peut à ce jour faire autorité sur ces questions.
• THC	Le THC est une substance inodore et incolore disponible en comprimés et solutions. **Provenance:** Synthèse chimique de l'ingrédient actif du cannabis. **Mode d'administration:** Par voie gastro-intestinale principalement. **Adultérants:** À peu près inexistant sur le marché noir en raison de son coût élevé, on lui substitue du PCP ou du LSD. **Terme populaire:** Le prétendu THC se fait appeler «TH».		
Les produits volatils • Hydrocarbures volatils	Les hydrocarbures volatils comprennent les solvants organiques (hexane, toluène, benzène, etc.) contenus dans les colles plastiques, les diluants, les dissolvants à vernis, etc. et les fluorocarbones présents dans les aérosols (déodorants, fixatifs, récurants, etc...) **Provenance:** Dérivés synthétiques et semi-synthétiques du pétrole et du gaz naturel. **Mode d'administration:** Inhalés par la bouche ou le nez, à partir d'un sac ou d'un chiffon. **Adultérants:** Inexistants. **Terme populaire:** «sniffer de la colle».	Les effets des hydrocarbures ressemblent à ceux de l'intoxication alcoolique, bien qu'une composante perturbatrice les apparente également aux hallucinogènes. Ces substances provoquent d'abord une vive sensation d'ivresse, d'exaltation, accompagnée d'hilarité et même d'hallucinations visuelles et auditives. À cette phase euphorique succède rapidement une période de confusion qui aboutit à la somnolence et parfois au coma. Outre le cerveau, le coeur et les reins sont particulièrement touchés. Les effets surviennent et disparaissent rapidement (15 à 45 minutes). De trop fortes doses entraînent vomissements, toux violente, maux de tête et peuvent momentanément provoquer l'inconscience et le décès par asphyxie si on utilise des sacs de plastique pour inhaler le produit.	Les principaux effets à long terme découlant de l'usage répété des hydrocarbures volatils sont la pâleur, la fatigue, des tremblements, une perte de poids, des manifestations d'irritabilité, d'hostilité, de paranoïa, une pensée confuse et désorganisée ainsi que des troubles de la mémoire à court terme. Des lésions aux reins, au foie et au cerveau sont également possibles. Si plusieurs de ces symptômes sont réversibles après un arrêt de l'usage, certaines altérations (selon le produit utilisé) pourraient s'avérer permanentes, bien que les études à ce sujet n'en aient pas encore décidé clairement. L'usage régulier des solvants et d'aérosols entraîne une tolérance de l'organisme et la nécessité d'augmenter les quantités inhalées. Comme pour les autres psychotropes, la dépendance psychologique à ces produits existe dès lors qu'ils en viennent à structurer la vie de l'usager. Chez certains consommateurs chroniques, la dépendance physique se manifeste sous forme de symptômes de sevrage tels que frissons, maux de tête, hallucinations, crampes et douleurs abdominales.
• Nitrites	Les nitrites sont des liquides transparents, fortement volatils et odorants, disponibles en ampoules ou en petits flacons. Le plus ancien est le nitrite d'amyle (Aspirol, Vaporal), auquel ont succédé les nitrites de butyl et d'isobutyl (Rush, QuickSilver, etc.). **Provenances:** Produits de synthèse. **Mode d'administration:** Inhalation par le nez. **Adultérants:** Inexistants. **Termes populaires:** Poppers, Rush.	Les nitrites volatils ont pour effet immédiat de dilater les vaisseaux sanguins dans l'ensemble de l'organisme, ce qui améliore la circulation du sang et augmente le rythme cardiaque. Il y a également afflux de sang au cerveau qui produit un effet bref et intense d'euphorie (high), accompagné d'une diminution quasi-totale des inhibitions. Cet état altéré de relâchement ne dure que 20 à 60 secondes et peut être suivi de maux de tête passagers.	Il n'existe pas à ce jour de preuves que l'inhalation chronique des nitrites puisse être dommageable pour la santé. Un usage abusif quotidien pourrait toutefois altérer la composition sanguine et provoquer un affaiblissement semblable à l'anémie. Il semble également qu'un usage répété requiert une augmentation des doses, bien que la sensibilité initiale au produit puisse être recouvrée rapidement. Il n'existe pas de dépendance physique au produit et les manifestations de dépendance psychologique sont très rares.

ASPECTS HISTORIQUES	CONTEXTE ACTUEL DE CONSOMMATION	ASPECTS JURIDIQUES *
Les dérivés du cannabis comptent parmi les plus anciens psychotropes aux côtés de l'alcool et des opiacés. Des traités de médecine chinoise mentionnent l'existence de la marijuana près de 3 000 ans avant J.C. et son usage, tant à des fins médicales que religieuses, est lié à l'histoire de plusieurs peuples, dont les Amérindiens. La culture du chanvre indien se répandit en Europe et en Amérique au XVIII[e] siècle : ses fibres résistantes servaient entre autres à la confection des cordages de navire. En Europe, l'usage non médical du produit apparut momentanément au XIX[e] siècle dans les cercles d'intellectuels et d'artistes (Baudelaire et le Club des Haschischins), alors même que l'on commençait à commercialiser des produits médicaux à base de chanvre en Occident (élixirs et teintures). L'usage non médical du cannabis débuta en Amérique après la Première Guerre mondiale, introduit par les travailleurs noirs et mexicains qui déjà en connaissaient l'usage. Suivirent de violentes campagnes de propagande, souvent teintées de racisme, qui aboutirent à l'interdiction du cannabis en 1938 aux États-Unis. Durant les années 1950 et 1960, malgré la prohibition, l'usage du cannabis devait progressivement se répandre à toutes les couches de la société, devenant même un des étendards de la contre-culture. Parallèlement à cette évolution, on effectua la synthèse du tétrahydrocannabinol (THC) et des recherches sur les propriétés thérapeutiques possibles du produit.	Le cannabis fait partie des psychotropes les plus largement consommés dans le monde. Au plan illicite, c'est de loin la drogue la plus utilisée, celle qui compte au Canada pour près de 90 % des arrestations et des condamnations en matière de drogues. La GRC elle-même évaluait à 3 000 000 le nombre d'usagers du produit en 1981 au pays. Selon certaines enquêtes, c'est dans le groupe des 18-24 ans que l'on retrouve le plus d'usagers de ce type de produits. Malgré son interdiction et contrairement aux autres produits illicites, le cannabis semble s'être intégré aux moeurs sociales de l'Amérique du Nord comme un produit de consommation de masse. Cette utilisation récréative et banalisée diffère d'ailleurs de celle des années 1960 alors que fumer de la mari se voulait une pratique de rupture avec l'ordre établi. Sur le plan médical, le THC continue de faire l'objet de recherches visant à améliorer le traitement du glaucome, et il est déjà commercialisé sous le nom de Nabilone pour réduire les nausées résultant de la chimiothérapie anticancéreuse.	Les cannabinoïdes – dérivés du cannabis et préparations synthétiques – sont régis par la Loi sur les stupéfiants. La possession de ces substances de même que leur culture constituent une infraction criminelle passible d'un maximum de sept ans d'emprisonnement. Le trafic, la possession en vue de trafic et l'importation/exportation constituent également des délits criminels pour lesquels le contrevenant encourt jusqu'à la prison à vie. Une peine minimale de sept ans d'emprisonnement est en outre prévue dans les cas d'importation/exportation.
L'usage des hydrocarbures volatils appartient à notre siècle, bien que peu de cas aient été signalés avant les années 1950. Un premier reportage publié sur le sujet en 1959 à Denver, à propos d'un incident isolé, devait déclencher une véritable campagne alarmiste dans les médias américains, pour mettre les jeunes en garde contre le nouveau «danger» qui les menaçait; comme il fallait s'y attendre, la pratique ainsi publicisée fut rapidement expérimentée dans toutes les régions de l'Amérique, au point où le reniflage de l'essence et de la colle devint un véritable phénomène au début des années 1960. Malgré des campagnes ultérieures de sensibilisation aux dangers de ce type d'usage, le sensationnalisme et la dramatisation n'ont, semble-t-il, pas dissuadé les jeunes adolescents de faire, ne serait-ce qu'une fois, l'expérience de l'inhalation d'hydrocarbures. À peu près à la même époque, le phénomène s'est également implanté dans les bidonvilles et les quartiers défavorisés de plusieurs grandes villes latino-américaines (Amérique centrale, Brésil).	Le reniflage de solvants et d'aérosols existe encore de nos jours, comme s'il appartenait maintenant aux moeurs de la sous-culture adolescente et préadolescente (10 à 17 ans) où se recrute la quasi-totalité des utilisateurs. L'usage de ces substances constituant l'expérience psychotrope la moins dispendieuse, il se retrouve davantage au sein des milieux socio-économiquement défavorisés. La consommation générale aurait d'ailleurs tendance à augmenter ces dernières années en raison de la hausse du prix des autres drogues de rue.	La possession et l'usage d'hydrocarbures volatils ne sont assujettis à aucune réglementation au Canada, bien que les jeunes adeptes de ces produits soient généralement considérés comme des délinquants juvéniles devant les tribunaux.
Avant qu'on lui substitue d'autres médicaments, le nitrite d'amyle a servi pendant plus de cent ans à soulager les malaises cardiaques et les angines de poitrine, en raison de son action vaso-dilatatrice reconnue. L'usage non médical du produit est resté rare jusqu'aux années 1960, où le gouvernement américain a décidé d'en autoriser la vente libre. Le nitrite d'amyle gagna en popularité pour son effet psychotrope rapide et saisissant : il fut utilisé comme substitut aux hallucinogènes et comme stimulant sexuel. Devant cet engouement, le gouvernement américain décida en 1969 de remettre la substance parmi les produits d'ordonnance. Les compagnies fabricantes devaient pourtant mettre en marché des procuits connexes durant les années 1970, les nitrites de butyl et d'isobutyl, pour suppléer à la demande d'usage non médical.	Les nitrites ne sont plus aujourd'hui utilisés en médecine pour traiter les maladies du coeur étant donné la venue de produits pharmaceutiques réputés plus efficaces. Au plan non médical, l'usage des nitrites jouit toujours d'une certaine popularité, notamment dans les milieux homosexuels où l'on s'en sert pour intensifier les relations sexuelles; il tend également à se répandre chez les adolescents qui veulent éprouver rapidement des sensations fortes, comme substitut à l'inhalation d'hydrocarbures. Les nitrites de butyl et d'isobutyl, provenant majoritairement des États-Unis, sont vendus librement comme encens liquide dans les boutiques spécialisées, les sex-shops et certaines discothèques.	Les nitrites d'amyle figurent parmi les produits d'ordonnance mentionnés dans l'annexe F de la Loi des aliments et drogues. Les délits d'ordonnance entraînent les mêmes peines que dans le cas des tranquillisants mineurs. La distribution des nitrites de butyl et d'isobutyl n'est pas règlementée, ces produits étant disponibles à certains endroits en vente libre.

Les stimulants du SNC, présentés au tableau 3, forment la deuxième grande classe de psychotropes: ils agissent en activant le tonus physique et mental de l'individu, à divers degrés et sur différents plans: accroissement de l'état d'éveil, accélération de l'activité intellectuelle, rehaussement de l'humeur, etc. On trouve dans cette classe trois grandes catégories: les stimulants majeurs tels les produits amphétaminiques et la cocaïne, les stimulants mineurs tels la caféine et la nicotine, et les antidépresseurs, catégorie moins connue mais de plus en plus utilisée en médecine. La classe des stimulants est également fort populaire, l'usage domestique du café et de la cigarette y contribuant pour beaucoup, de même que l'usage croissant de produits comme la cocaïne, en contexte non médical, et des antidépresseurs, en contexte médical. Représentant globalement un potentiel toxique moins marqué que les dépresseurs, certains psychotropes de la deuxième classe comportent toutefois davantage de risques d'ordre psychologique.

La troisième classe de psychotropes, les perturbateurs, posent des problèmes de définition que l'on ne trouve pas dans les deux groupes précédents. Cette classe, présentée au tableau 4, englobe des produits aux effets souvent fort différents – dans le cas des solvants et des hallucinogènes, par exemple – mais dont les caractéristiques principales ne sont ni d'activer, ni de supprimer la conscience, mais plutôt de la bouleverser, en altérant notamment les perceptions du sujet vis-à-vis de sa vie intérieure et de l'environnement extérieur. On retrouve dans cette classe la vaste catégorie des produits hallucinogènes, qu'il est possible de subdiviser en au moins trois sous-groupes (indoliques, adrénergiques et délirants), la catégorie des cannabinoïdes, comprenant les dérivés du cannabis et le THC, et finalement la catégorie des produits volatils où l'on retrouve les hydrocarbures et les nitrites. L'ensemble des produits de cette classe sont globalement moins répandus et utilisés que les stimulants et les dépresseurs, en dépit de la consommation maintenant massive des dérivés du cannabis dans nos sociétés. La toxicité des perturbateurs peut être extrêmement variable, très prononcée dans le cas de sous-groupes comme les solvants ou de produits comme le PCP (phencyclidine), généralement moindre dans le cas du cannabis et de la majorité des hallucinogènes, pour lesquels les facteurs psychodynamiques et environnementaux paraissent jouer un rôle de première importance.

CONSOMMATION ET PROBLÈMES LIÉS AUX PSYCHOTROPES

Expérience des psychotropes

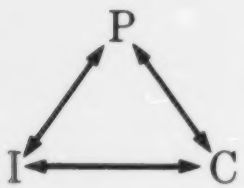
Les expériences de produits psychotropes sont aussi nombreuses qu'il y a d'usagers et de circonstances de consommation. Deux personnes peuvent utiliser la même quantité du même psychotrope et obtenir des effets différents; une personne porteuse de certaines attentes dans un environnement propice pourra obtenir des effets à partir d'un placebo, c'est-à-dire d'un produit inerte fait de sucre ou de lactose; en contrepartie, une personne sans expérience ou sur la défensive, pourra ne ressentir aucun effet lors de la prise d'un psychotrope pourtant actif.

La multiplicité des expériences possibles entraîne une variabilité des effets, d'un individu à l'autre, d'une société à l'autre. Il importe donc, pour bien évaluer les situations d'usage de psychotropes et les conséquences qui pourraient leur être reliées, de tenir compte non seulement des aspects relatifs au produit utilisé, mais également des caractéristiques de l'utilisateur et des circonstances dans lesquelles se situe l'expérience. La figure 2 présente les différents facteurs susceptibles d'influer, parfois de façon décisive, sur l'expérience des psychotropes et leurs conséquences potentielles.

Variables relatives à l'individu (I)

Le premier groupe de variables à prendre en compte concerne la **condition biologique** de l'individu, soit son **sexe** et son **bagage héréditaire**. L'appartenance sexuelle joue en général fort peu dans la modulation de l'effet des drogues, si ce n'est à travers des facteurs d'ordre psycho-culturels (la situation sociale particulière des femmes pouvant influer sur les attentes et les circonstances de leur usage de psychotropes).

FIGURE 2 – **Facteurs susceptibles d'influencer les effets et les conséquences de l'usage des psychotropes.**



INDIVIDU (I)

Condition biologique
- sexe
- hérédité

Condition physique
- âge
- état de santé

Condition psychologique
- dispositions intérieures (attentes, motivations, besoins)
- état d'esprit (humeur, santé mentale)
- expériences antérieures

PSYCHOTROPES (P)

Caractéristiques pharmacodynamiques
- effets
- voies d'administration
- interaction de produits
- qualité (adultérants)

Dosage
- concentration
- quantité (réaction à deux phases)

Temps
- intervalles entre les prises
- fréquence et durée de l'usage

CONTEXTE (C)

Environnement immédiat de l'expérience
- lieu
- ambiance
- personnes présentes

Contexte d'appartenance
- famille
- groupe d'amis
- milieu scolaire et professionnel
- classe sociale

Contexte socio-historique
- réglementation sociale (accessibilité)
- culture (modèles de consommation, mythes)

Il demeure que les différences de constitution propres à l'un et l'autre sexe viendront interférer sur l'usage de certains produits. C'est le cas, par exemple, de l'alcool, où la proportion supérieure de graisses par rapport aux os, chez les femmes, rend ces dernières généralement plus sensibles à l'effet éthylique. Il en va de même pour l'hérédité: des particularités ou faiblesses sur le plan de la constitution biologique (telles des carences hépatiques, rénales, neurologiques) rendront certains individus plus vulnérables que la majorité vis-à-vis de la consommation de psychotropes, quand celle-ci ne leur sera pas tout simplement proscrite.

En ce qui a trait à la **condition physique, l'âge** est une première variable déterminante. Il est certain, par exemple, que l'âge fera dans bien des cas la différence entre une expérience inoffensive de psychotropes et une autre pouvant s'avérer néfaste. Si un adulte peut se permettre de consommer quelques verres d'alcool sans problème, une même quantité sera évidemment dangereuse chez l'enfant en bas âge. À l'adolescence, la consommation trop régulière de quantités appréciables d'alcool pourra mener plus rapidement à l'alcoolisme que chez des buveurs adultes, en raison de différences sur le plan de la maturation physique et psychologique qui constituent des facteurs de vulnérabilité à la substance. Les personnes âgées, à l'autre extrémité du continuum biologique, pourront également être plus sensibles aux effets des psychotropes, en dépit du fait que ce groupe de la population se voit de nos jours prescrire plus de médicaments que toute autre classe d'âges.

L'**état de santé** physique pourra aussi s'avérer un facteur déterminant de l'effet et des conséquences de l'usage de psychotropes. Si l'utilisation de certains produits comme les médicaments permet généralement d'apporter un soulagement aux gens malades, l'emploi des mêmes produits chez des individus bien portants risque au contraire de donner lieu à des complications diverses. D'autre part, si l'usager désire prendre des psychotropes pour diverses raisons, d'ordre non médical, une des règles de base consiste à être à l'écoute de son corps et à respecter son état physique de départ: l'effet des psychotropes pourra dans certains cas se révéler différent voire dangereux si les produits sont expérimentés lorsque le sujet est amorti, fatigué, grippé, etc. De plus, les problèmes ou les indispositions de départ se trouveront souvent aggravés au retour de l'expérience du produit. On peut donc aisément comprendre que l'individu mal reposé, fiévreux, souffrant, qui décide malgré tout de se rendre à une fête et de consommer de l'alcool comme s'il était en pleine forme, en paiera probablement plus cher le prix que les autres convives en aggravant son état physique.

Sur un autre plan, sans doute moins manifeste, mais peut-être plus fondamental, la **condition psychologique** de l'usager joue un rôle très important. Les **attentes, motivations, besoins (dispositions intérieures)** du sujet face à une prise de psychotropes, c'est-à-dire ce que l'individu projette et investit dans sa consommation, de même que son **état d'esprit** général **(humeur,** voire état de **santé mentale)** font souvent, à moyen ou long terme, la différence entre des rituels d'usage qui ne portent pas à conséquence et des rituels qui mènent à l'assuétude et aux problèmes de toxicomanie. Ainsi, deux jeunes prennent, une à deux fois par semaine, une certaine quantité d'alcool qui leur permet d'atteindre un état d'euphorie. Le premier choisit de consommer après les cours, le soir ou les fins de semaine, pour s'amuser et fraterniser avec des ami(e)s; le second, de son côté, consomme souvent au beau milieu de la journée, la plupart du temps seul chez lui, pour apaiser l'angoisse ou tromper l'ennui qui l'habite. Alors même qu'il s'agit de produits et de quantités identiques, il y a fort à parier que l'expérience du second sera plus problématique et aura plus de chances d'évoluer vers une habitude néfaste.

Les motivations les plus courantes présidant à l'usage de drogues sont abordées en détail dans la section suivante mais, à l'instar de ce qui a été dit pour l'état de santé physique, la règle de base est d'éviter de recourir aux drogues pour faire face à des problèmes ou carences d'ordre psychologique ou encore dans des moments de tension, d'angoisse ou de vide, à moins que l'usager n'en soit justifié par des raisons d'ordre médical. Enfin, l'**expérience antérieure** de

l'effet de certains produits pourra favoriser une préparation plus adéquate et de meilleures conditions d'usage chez des consommateurs expérimentés.

Variables relatives aux produits psychotropes (P)

Parmi les variables relatives aux produits psychotropes, on rencontre en premier lieu les variables associées aux **caractéristiques pharmacodynamiques** des psychotropes. D'abord, bien sûr, les effets proprement dits des produits consommés, qu'il est essentiel de connaître un peu avant l'usage (ces informations figurent dans les tableaux descriptifs des pages 14 à 25). Ces effets de base pourront être modulés (accentués, amoindris, différés) selon les **voies d'administration** utilisées – inhalation, injection, voie gastro-intestinale, etc.

Certaines variables sont plus fréquemment liées à des situations problématiques. Mentionnons **l'interaction de produits**, qui rendra imprévisible ou dangereux l'effet général d'une prise simultanée de plusieurs psychotropes, notamment lorsqu'il s'agit de combinaison de dépresseurs. D'autre part, pour les produits illicites, la variable **qualité**, de même que celles relevant du **dosage** (quantité et concentration), constituent, dans la majorité des cas, la source principale des problèmes: le cortège des «mauvais voyages» et des «overdoses» provient trop souvent de la présence d'**adultérants** (substances étrangères servant à «couper» les drogues de rue), de la **concentration** excessive des produits utilisés sur le marché noir (héroïne, cocaïne, huile de cannabis, etc.) ou encore de la méconnaissance de la dose ingérée. À cet effet, une information complète et honnête, axée non pas sur le dénigrement de certains produits par rapport à d'autres, ce qui ne fait qu'en rendre l'usage plus attrayant, mais sur les risques inhérents à l'usage de produits illicites, devrait être accessible aux jeunes usagers.

Qu'il s'agisse ou non de produits illicites, la variable **quantité** demeure l'une des plus importantes. En effet, peu importe le psychotrope choisi, de trop fortes doses entraîneront fatalement des problèmes d'usage, pouvant aller de malaises passagers au risque de décès dans le cas de produits possédant des doses mortelles. L'effet de certains psychotropes variera également selon la quantité absorbée, suivant ce qu'il est convenu d'appeler la **réaction à deux phases**: l'effet euphorique ressenti à faibles doses deviendra dysphorique si l'on augmente trop les quantités; l'effet stimulant en petites quantités se transformera en effet dépresseur au-delà d'un certain seuil (c'est le cas de l'alcool); etc.

Pour ce qui est des variations de réaction par rapport au **temps**, mentionnons d'abord l'**intervalle entre les différentes prises** d'un même produit qui influencera ponctuellement le comportement de l'usager. C'est à ce niveau que se situe le contrôle de l'alcoolémie pour la conduite automobile. Cependant, les variables les plus déterminantes de l'ensemble du tableau sont les variables liées à la **fréquence** et à la **durée de l'usage**. Ce sont les variables révélatrices par excellence de situations où il y a un problème, virtuel ou manifeste, de toxicomanie. La tolérance et les dépendances, tant physique que psychologique, surviennent et se renforcent précisément sur un continuum d'usage, la toxicomanie ne résultant pas d'une expérience unique ou occasionnelle de produits psychotropes, mais bien d'un usage répété et chronique, souvent enraciné à partir de motivations et de circonstances récurrentes qui se transforment en style de vie. En d'autres mots, l'essai ponctuel de n'importe quel psychotrope existant, si la quantité et la qualité en sont contrôlées, comporte moins de risques que la consommation chronique de l'un ou l'autre desdits produits. Recevoir un narcotique par injection une ou deux fois dans sa vie, comme cela arrive à l'hôpital avant une opération, est sans conséquence; prendre de huit à dix tasses de café tous les jours durant des années est certes beaucoup plus dommageable pour la santé, bien qu'il s'agisse en soi d'un produit moins dangereux. Il est toutefois difficile d'établir un seuil entre fréquence «sécuritaire» et fréquence «dangereuse», puisque cela dépend en définitive de l'ensemble de la dynamique d'usage: type de produit, personnalité de l'individu et circonstances de l'utilisation.

LE PHÉNOMÈNE-DROGUE ET LES JEUNES

Variables relatives au contexte (C)

Les variables relatives au contexte exercent une influence importante sur l'expérience due aux psychotropes, dans la mesure où elles conditionnent souvent la nature des variables relatives à l'individu et aux produits. Par exemple, l'**environnement immédiat de l'expérience – lieu, ambiance, personnes** – pourra avoir un effet suggestif non négligeable sur l'humeur et les dispositions de l'usager, particulièrement s'il s'agit de consommation de psychotropes de la catégorie des hallucinogènes ou du cannabis, ou encore de consommation dans le cadre d'institutions comme l'hôpital. Le **contexte d'appartenance – famille, école, travail** – est quant à lui fréquemment responsable des motivations des consommateurs, que l'on pense aux crises personnelles vécues dans la famille ou le milieu scolaire qui, souvent, déclenchent le processus de consommation, ou encore aux phénomènes d'apprentissage par imitation des adultes ou d'initiation suite à la pression des pairs.

Le **contexte socio-historique** général dans lequel s'inscrit l'usage, individuel et collectif, des psychotropes agit de façon globale sur l'ensemble de la dynamique de consommation, comme facteur inhibiteur, incitateur ou perturbateur de l'expérience vécue. Le type de **réglementation sociale** en vigueur se trouve ainsi à la fois responsable de la promotion et de l'**accessibilité** des produits légaux (contrôle de l'âge légal, des heures d'ouverture, des lieux de débit d'alcool, de l'octroi des permis, de la publicité) et du contexte de circulation des produits psychotropes bannis, l'illégalité entraînant un marché noir, lui-même source de sollicitation abusive, d'adultération ou de falsification des produits. Par ailleurs, la **culture** dominante dans certaines sociétés à certaines époques valorise des **modèles de consommation** et en stigmatise d'autres. Ainsi, parce que l'alcool est intimement lié à l'histoire de l'Occident et, de ce fait, imprégné dans sa culture et ses **mythes** populaires, ce produit jouit d'une large tolérance et d'un minimum d'appréhension. Par ailleurs, dans les cultures musulmanes ou asiatiques, l'alcool a mauvaise réputation alors que d'autres produits peuvent tenir une place socialement valorisée.

Pourquoi consomme-t-on des psychotropes?

Selon Brian Inglis, auteur d'un livre sur l'histoire sociale des produits psychotropes[1], il existe deux motifs majeurs pour lesquels, depuis toujours, les hommes prennent des psychotropes au cours de leur vie: d'une part pour recouvrer un état de normalité temporairement perdu, c'est-à-dire guérir, être soulagé, atténuer les malaises qui empêchent le fonctionnement habituel, ce que l'on qualifie de nos jours d'**usage médical**; d'autre part, pour échapper temporairement à l'état de normalité, c'est-à-dire pour le plaisir, l'extase, l'oubli, l'évasion, la nouveauté qui permettent de «sortir» du fonctionnement habituel, ce que l'on qualifie d'**usage non médical** des produits psychotropes.

L'usage médical ou thérapeutique des psychotropes constitue un champ bien délimité tant en ce qui a trait aux produits utilisés qu'aux modèles de consommation. Dans la plupart des cas, il répond à une demande de soins chez des individus souffrant de maux physiques ou psychologiques. L'usage de psychotropes – tranquillisants, hypnotiques, narcotiques et antidépresseurs – dans ces circonstances découle d'une ordonnance du médecin et correspond au mobile général de guérir:

- *traitement d'une maladie;*
- *diminution de la douleur physique (suivant une blessure, une opération);*
- *diminution de la souffrance morale (nervosité, anxiété, dépression);*
- *amélioration de performances déficientes (motricité, attention, sommeil).*

Même s'il s'agit d'un usage légal et réglementé, l'usage médical n'est pourtant pas exempt de dangers, comme en font foi les nombreux problèmes de surmédication, particulièrement chez les femmes et les personnes âgées. Il ne faut perdre de vue qu'il peut y avoir pharmaco-dépendance, c'est-à-dire assuétude aux produits pharmaceutiques, et toxicomanie dans le contexte de l'usage médical, notamment si la chronicité de l'usage

1. INGLIS, B. (1975). *The Forbidden Game: A Social History of Drugs*. London, Coronet Books.

devient trop importante et constitue un style de vie négligeant les moyens non médicaux de régler ses problèmes. Par ailleurs, même s'il ne s'agit pas toujours de produits psychotropes, il apparaît opportun de souligner le phénomène très important de l'auto-médication: les Québécois, comme les autres Canadiens, ont en général une pharmacie domestique bien garnie qui, dans de nombreux cas, est utilisée presque quotidiennement.

L'usage non médical des psychotropes a toujours eu cours dans les sociétés humaines, parallèlement à l'usage thérapeutique, qu'il s'agisse de l'emploi de l'alcool pendant les festivités, des hallucinogènes dans les rituels de passage, des opiacés pour oublier la misère. Dans les sociétés occidentales, la période des années 1960 et de la contre-culture est venue en quelque sorte en consacrer l'existence dans l'opinion publique, alors que les jeunes générations de consommateurs ont porté au grand jour certains types d'usage jusqu'alors peu répandus ou peu connus, tels les expériences religieuses, l'introspection, la contestation.

Motifs de l'usage non médical des psychotropes

De tous temps, les êtres humains semblent avoir éprouvé le besoin d'altérer leur état de conscience normal, et le plus souvent, les gens se servent des psychotropes à des fins non médicales précisément pour modifier leur rapport avec la réalité, en réduisant, augmentant ou déformant la nature du contact établi. Mais malgré la fréquence de cette motivation fondamentale, beaucoup d'autres raisons sont invoquées pour expliquer l'usage non médical, dont voici les plus courantes:

- ***satisfaire la curiosité, le désir d'expérimentation:*** *la majorité des individus, et plus particulièrement les jeunes, curieux de nature, expérimentent souvent les psychotropes pour connaître, découvrir l'effet que procure le produit. Si le jeune âge est un facteur de curiosité, la publicité - favorable ou défavorable - qui entoure souvent les produits psychotropes contribue dans une large mesure à mousser cet attrait;*
- ***rechercher le plaisir, l'euphorie, le bien-être:*** *il s'agit certes d'une motivation très répandue et qui touche à peu près tous les produits. Beaucoup de gens trouvent en effet une source spontanée de plaisir dans la modification des sensations et des perceptions habituelles, produite par l'usage des psychotropes;*
- ***favoriser l'interaction sociale:*** *certains psychotropes ont - à tort ou à raison - la réputation de favoriser les échanges entre les individus et la sociabilité en général. Dans nos cultures, on reconnaît à l'alcool cette fonction de «lubrifiant social», alors que d'autres sociétés ont pour leur part adopté des psychotropes comme le cannabis, l'opium, le khat[1] pour les mêmes fins. Les pyschotropes utilisés comme facilitateur de l'interaction sociale sont habituellement profondément intégrés aux moeurs des sociétés, leurs effets permettant d'atteindre, en dose modérée, une euphorie légère ou un état d'inhibition qui rend les gens plus ouverts et communicatifs;*
- ***accroître la créativité, la performance artistique:*** *de nombreux créateurs, écrivains, poètes, peintres, musiciens, ont eu et ont encore recours à l'usage des psychotropes pour altérer leurs perceptions ou stimuler leur inspiration. Ce type d'usage est constant à travers l'histoire, bien que plutôt épisodique chez un même créateur; plusieurs usagers célèbres ont d'ailleurs déchanté quant au prétendu potentiel créatif dû aux psychotropes;*
- ***favoriser l'exploration intérieure et l'expérience religieuse:*** *des personnes ont à travers l'histoire sciemment utilisé des psychotropes pour explorer certaines zones de leur cerveau ou avoir accès à des expériences jusqu'alors inédites. Par ailleurs, l'emploi de psychotropes pour assister l'expérience sacrée ou religieuse est également vieille comme le monde: plusieurs peuples et*

1. Le khat (ou cath) est un stimulant fort populaire en Afrique orientale et au Moyen-Orient, tiré d'un arbuste dont les utilisateurs consomment les feuilles.

LE PHÉNOMÈNE-DROGUE ET LES JEUNES

sociétés se sont en effet servi de psychotropes, surtout de plantes hallucinogènes, pour transcender leur réalité et «entrer en contact» avec les dieux. Notons que durant les années 1960, ce type d'usage à des fins spirituelles, de même que l'utilisation des psychotropes pour l'autoconnaissance et l'introspection, se sont répandus auprès de la jeunesse occidentale, suite à la vogue du cannabis et des hallucinogènes;

- ***répondre aux pressions du groupe ou de la société:*** *l'usage de psychotropes est souvent engendré et renforcé par le milieu et la culture, et le désir d'intégration en vient à constituer un motif de première importance — bien que souvent inconscient. Combien de gens boivent ou en sont venus à boire par conformisme dans nos sociétés où l'on valorise indûment des modèles de socialisation, d'hospitalité, de réjouissance découlant de l'alcool? Cette pression sociale à la consommation d'alcool est si forte que le non-buveur est immanquablement perçu avec étrangeté, sinon méfiance. Les adolescents, particulièrement vulnérables aux pressions de leur milieu ou de la culture, sont de ce fait enclins à consommer des psychotropes pour se conformer à des stéréotypes ou à des modèles véhiculés dans certaines sous-cultures, le monde de la musique rock, par exemple. À cet égard, l'influence des pairs ou l'exemple des parents constitue sans nul doute un catalyseur important des motivations d'usage chez les jeunes;*

- ***faire face à ses problèmes:*** *motivation importante qui peut revêtir plusieurs formes, elle est souvent à la source de situations d'usage problématiques. Il s'agit généralement pour l'usager de réduire l'angoisse liée à une incapacité, à une tension, à un événement critique. Certains prennent des psychotropes pour oublier une peine ou un échec; d'autres, pour combler un manque de confiance en eux-mêmes ou pour vaincre leurs peurs; d'autres encore consomment pour chasser l'ennui ou la morosité de leur existence. S'il est possible que l'usage des psychotropes remédie temporairement ou ponctuellement à certains problèmes, généralement cette stratégie d'adaptation s'avère inefficace et au pire, dangereuse. Il faut noter sur ce point que le seuil entre usage médical et non médical est ténu, la prise de psychotropes pour surmonter certains problèmes pouvant en quelque sorte être perçue comme une tentative «d'automédication» adoptée par certains individus mal dans leur peau, ce qui rejoint les pratiques de médication du mal-être et de la souffrance morale, mentionnées précédemment dans l'usage médical.*

Problèmes de drogues et toxicomanie

À un moment ou l'autre, les parents et les éducateurs se demandent s'il y a un problème de drogue chez l'adolescent ou l'adolescente qui consomme. La question est légitime car, effectivement, certains jeunes connaissent des problèmes avec les psychotropes. Il faut cependant savoir distinguer les situations où l'usage est modéré ou momentané et les situations d'usage chronique ou d'abus répétés, afin d'éviter d'assimiler l'expérimentation de certains produits à un comportement nécessairement auto-destructeur ou menant inévitablement à un état de dépendance. Comme chez les adultes consommateurs de psychotropes licites ou illicites, on peut distinguer chez les jeunes tous les niveaux du continuum de la consommation[1], à savoir:

- ***le jeune abstinent:*** *qui n'a jamais consommé ou ne consomme plus de substances psychotropes;*

- ***le jeune explorateur:*** *qui consomme plus ou moins fréquemment des produits à une période donnée de sa vie, à une étape précise de son développement, par curiosité, par défi ou pour la recherche de sensations nouvelles; la plupart des adolescents passent par cette étape;*

- ***le jeune consommateur occasionnel:*** *qui consomme à des moments précis ou dans des circonstances particulières (fêtes, spectacles, événements spéciaux), pour le plaisir et la*

1. La nomenclature qui suit est adaptée du travail de Pierre Paquin, intervenant au Centre de réadaptation Alternatives et collaborateur à la réalisation du présent document.

socialisation; la consommation est circonscrite dans le temps et découle d'un choix conscient, délibéré;

- ***le jeune consommateur régulier:*** *qui consomme sur une base régulière, répétitive, à raison d'une à quelques fois par semaine, pour des motifs récréationnels mais qui peuvent également relever de la personnalité ou du mode de vie du jeune; un élément de dépendance psychologique se présente souvent à ce stade, les moments de consommation revêtant une importance particulière pour l'usager;*
- ***le jeune consommateur abusif:*** *qui, indépendamment de la fréquence de ses consommations, tend à faire usage des drogues de façon incontrôlée, soit en absorbant de grandes quantités ou encore en mélangeant inconsidérément diverses substances; outre le manque d'informations, ce genre de comportement témoigne souvent d'un besoin de relâchement, de défoulement ou d'exutoire du jeune face à son contexte de vie;*
- ***le jeune surconsommateur:*** *qui consacre la majeure partie de son temps, de ses énergies et de son argent à se procurer de la drogue, à la consommer, à en parler, à y penser, ce qui en vient à influencer et conditionner l'ensemble de ses relations et de ses comportements; un tel niveau de consommation sous-tend une gamme de problèmes de vie, liés au contexte dans lequel le jeune évolue et à la façon de négocier ce contexte.*

Avant d'envisager l'intervention auprès d'un jeune usager, il faut prendre le temps de bien comprendre et évaluer la situation en gardant en mémoire que, telle qu'elle a été décrite précédemment, l'expérience des psychotropes est un système complexe de causalités mettant en jeu un individu (personnalité, âge, santé), un produit (qualité, dose, fréquence) et un milieu (amis, famille, société). Dans cette perspective, l'apparition d'une situation problématique d'usage pouvant évoluer vers une véritable toxicomanie prendra la forme du cycle de l'assuétude, tel que nous le décrit Stanton Peele[1].

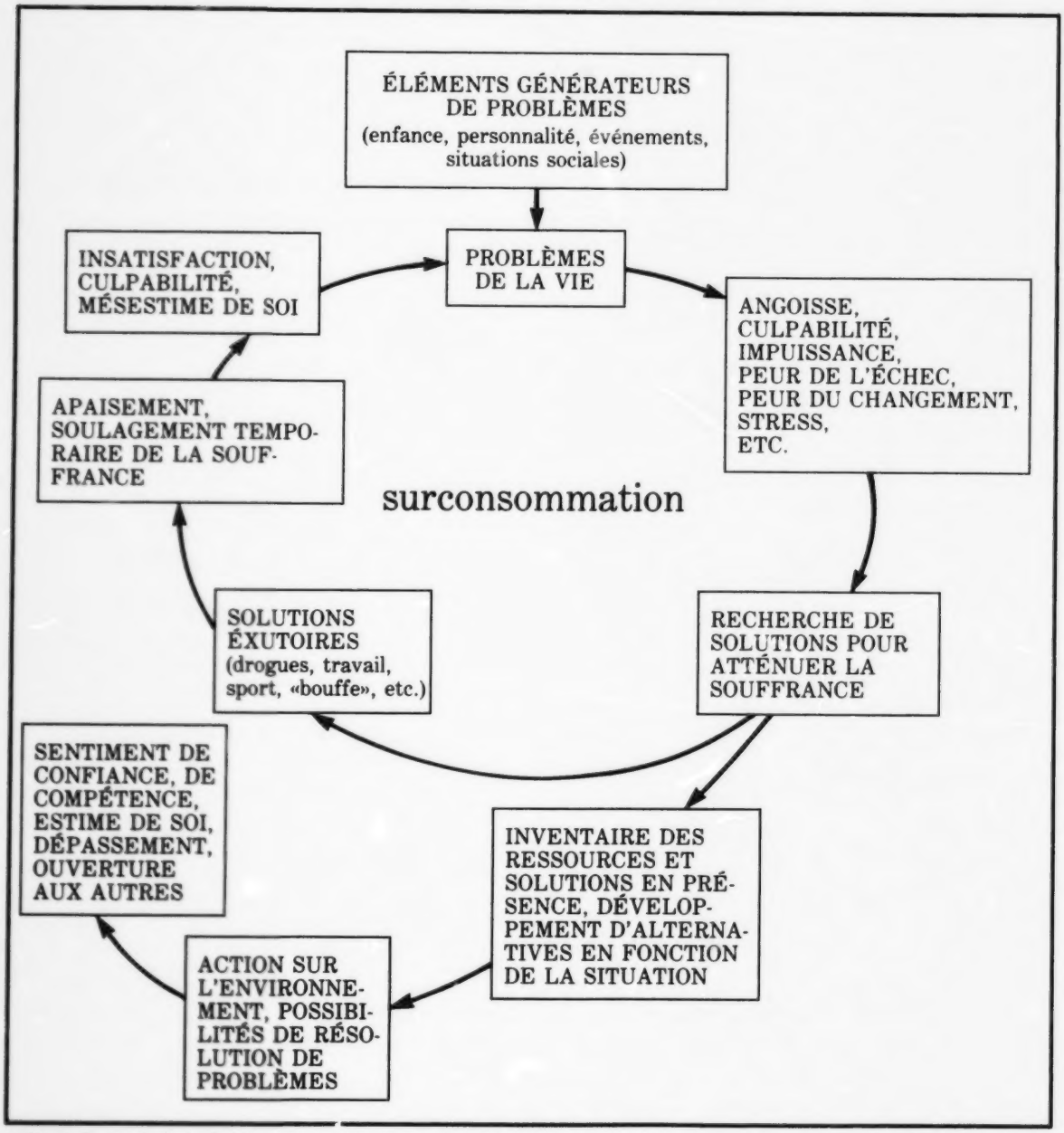
1. PEELE, S. (1982). ***L'expérience de l'assuétude.*** *Montréal, Faculté de l'éducation permanente, Université de Montréal.*

Le **cycle de l'assuétude** se caractérise par une perte de contrôle sur l'expérience d'un psychotrope, qui alors devient l'unique centre d'intérêt de l'individu, un besoin obsédant qui structure son mode de vie. Cette situation résulte non seulement d'une réaction chimique à des substances, mais d'une expérience subjective et routinière du produit psychotrope, devenue pour l'individu une stratégie d'adaptation à son environnement. C'est à ce niveau que résident les problèmes de toxicomanie.

Le schéma de la page suivante illustre deux trajectoires exemplaires, l'une correspondant au vécu d'un individu capable d'affronter les difficultés de la vie, l'autre décrivant les étapes amenant ce même individu au cycle de l'assuétude: dans le premier cas, l'usage de psychotropes en restera au stade d'une consommation contrôlée alors que dans l'autre, cet usage tendra à évoluer vers la perte de contrôle et la surconsommation. Lorsqu'au départ surviennent des problèmes de la vie (problèmes d'identité, d'intégration, difficultés relationnelles ou sociales, etc.), l'individu éprouve une certaine souffrance qui peut prendre la forme d'angoisse, de culpabilité, d'impuissance, de peur devant l'échec ou le changement. Il y aura alors recherche de solutions pour atténuer cette souffrance. À ce point, l'individu pourra faire l'inventaire des ressources existantes et des alternatives qui s'offrent à lui de façon à agir sur le problème et éventuellement le résoudre: cette capacité d'agir sur son environnement engendrera à court ou moyen terme un sentiment de confiance, de compétence, une plus forte estime de soi.

À l'opposé, la recherche de solutions par le biais d'activités compensatoires (consommation de drogues, sport, travail, nourriture...) apportera un apaisement, un soulagement temporaire mais illusoire qui, bientôt, fera place à un sentiment d'insatisfaction, de culpabilité et à une perte d'estime de soi face aux problèmes de départ restés sans solution. Forte sera alors la tentation de recourir à nouveau à des solutions exutoires pour échapper à l'aggravation de sa situation.

FIGURE 3 – **Schéma du cycle de l'assuétude**[1].



1. D'après Stanton Peele, inspiré d'une synthèse effectuée par Thérèse Robitaille du Bureau de ressources en développement pédagogique et en consultation personnelle de la C.É.C.M.

LE PHÉNOMÈNE-DROGUE ET LES JEUNES

Lorsque la personne recourt aux psychotropes pour éviter de faire face à la réalité, elle vient de moins en moins à bout des problèmes qu'elle doit régler, et elle a de plus en plus peur de les envisager. Voilà pourquoi les toxicomanes en puissance se tournent de plus en plus vers les psychotropes pour obtenir les satisfactions qu'ils ne trouvent plus dans la vie et ce, jusqu'au moment où les principales satisfactions leur viennent du psychotrope lui-même[1].

Les consommateurs à problèmes ont ainsi souvent une image négative d'eux-mêmes, ressentent un sentiment d'incompétence face à leur propre destinée et l'impression d'être incapables de contrôler leur consommation de psychotropes. L'usager reste d'ailleurs «accroché» au psychotrope parce que celui-ci lui procure des effets à la fois immédiats et prévisibles, alors qu'il n'est pas sûr des satisfactions que lui apporterait la vraie vie.

Pour reconnaître une personne engagée dans le cycle de l'assuétude aux psychotropes, Peele attire l'attention sur les quatre points suivants:

- ***l'assuétude est un continuum,*** *c'est-à-dire qu'il ne s'agit ni d'un phénomène inéluctable lié, par exemple, à l'emploi de certaines substances, ni d'un phénomène statique qui survient une fois et pour toute la vie; il s'agit plutôt d'un état existentiel, relatif à des conditions intérieures et extérieures en évolution, sur lesquelles il est souvent possible d'agir; c'est également un phénomène qui peut se manifester par intermittence, aux moments où l'individu se trouve plus vulnérable et affecté dans sa vie;*

- ***l'assuétude détourne la personne de tous ses autres centres d'intérêt,*** *c'est-à-dire que l'usage du ou des psychotropes devient envahissant, obsessionnel, au point de progressivement réduire et éliminer toutes les autres activités capables de susciter un intérêt et de fournir des satisfactions à l'individu;*

- ***l'assuétude n'est pas une expérience agréable,*** *en ce sens qu'il s'agit souvent pour l'usager rendu à ce stade d'éliminer la souffrance, de supprimer l'angoisse ou le manque – lorsque l'assuétude comporte un élément de dépendance physique – et qu'il n'y a plus à proprement parler de plaisir lié à la consommation des produits;*

- ***l'assuétude est l'incapacité de choisir de ne pas faire quelque chose,*** *c'est-à-dire que l'individu ne choisit plus mais subit l'expérience des psychotropes, qu'il a en quelque sorte remis le contrôle de sa propre vie dans un objet extérieur à lui, qui le domine et oriente désormais son existence.*

La personne qui vit une expérience d'assuétude aux psychotropes est donc aux prises avec un style de vie problématique où se sont enracinées ses habitudes d'usage, où reviennent sans cesse les dispositions et les contextes qui suscitent la consommation. Il est dès lors important de travailler de façon globale sur les multiples aspects qui peuvent entretenir ce cercle vicieux, dans la quotidienneté de l'individu (rythme et mode de vie, relations, milieu de travail, etc.).

Il ne faut jamais perdre de vue que certaines période de la vie, certaines phases de transition, certains événements critiques peuvent nous précipiter, tous et chacun, dans un cycle de dépendance à l'égard des psychotropes ou de tout autre objet gratifiant qui prend alors une importance démesurée dans notre existence. À cet égard, la dramatisation n'a jamais contribué, ni à la compréhension, ni à la solution des problèmes. **L'éducation à la compétence personnelle et à l'autonomie, alliée à l'apprentissage du contrôle de son environnement et de la résolution de problèmes, sont les meilleurs atouts dans la prévention des problèmes de psychotropes chez les jeunes.**

1. PEELE, S. (1982). ***L'expérience de l'assuétude.*** *Montréal, Faculté de l'éducation permanente, Université de Montréal, p. 29.*

2

LA SITUATION PARTICULIÈRE DES ADOLESCENTS ET DES ADOLESCENTES

LE PHÉNOMÈNE DE LA DROGUE ET LES JEUNES

Les drogues ont de tout temps existé dans la vie des êtres humains. Utilisées pour la médiation entre la personne et les valeurs sacrées, les rituels, le contrôle de la douleur, la recherche de plaisirs, les substances psychotropes étaient intégrées à la vie sociale et exclusivement réservées aux individus adultes ou en voie de le devenir. Ce n'est que depuis le milieu des années 1960 qu'on les voit se répandre. **Et, phénomène nouveau, leur clientèle se trouve surtout chez les jeunes.**

Au début des années 1970, la Commission Le Dain concluait: «Nous sommes (...) convaincus que la majorité des personnes qui s'adonnent aux drogues sont psychologiquement normales»[1]. Aujourd'hui, cette affirmation ne fait plus aucun doute. Et si elle peut paraître à certains un peu grossière, voire excessive, c'est que depuis les premières tentatives de compréhension du phénomène, les habitudes de consommation se sont modifiées de façon significative. Selon João Fatela:

> *«La drogue aurait eu des allures de fêtes dans le sillage de 1968, elle serait triste avec l'incertitude qui définit la société d'aujourd'hui. Appréhendée d'abord sous le mode de la marginalité noble - elle est devenue, au fur et à mesure qu'elle se répandait, une des formes de la banalisation»*[2].

Que tentent d'exprimer les jeunes d'aujourd'hui à travers l'expérience des substances psychotropes? Qui sont ces jeunes consommateurs? Et pour quelles raisons consomment-ils? C'est ce que nous cherchons à préciser dans le présent chapitre.

Il importe de bien situer les comportements de consommation des adolescents par rapport à la consommation adulte. Si, dans bien des cas, les deux groupes consomment les mêmes produits disponibles et accessibles sur le marché, ils ne le font pas toujours pour les mêmes raisons. Plus tôt, au chapitre I, nous avons exposé sommairement les différents motifs qui peuvent pousser un individu à la consommation, ces motifs pouvant s'appliquer autant aux adultes qu'aux adolescents. Il importe maintenant de cerner plus précisément la problématique adolescente.

Les adultes, par ignorance ou inquiétude, ne réagissent pas toujours efficacement lorsque se présente un problème de consommation chez les jeunes. Les premières questions posées par le

1. *LE DAIN, G. et Al. (1970).* ***Rapport provisoire de la Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales.*** *Ottawa, Département des impressions et de la papeterie publiques.*

2. *FATELA, J. (1980). Métamorphoses.* ***Esprit****, 11-12, p. 7*

LE PHÉNOMÈNE-DROGUE ET LES JEUNES

parent ou l'éducateur sont souvent: «Quelle drogue consomme-t-il?», «Qui lui a vendu ce produit?», «Qu'est-ce qui lui a pris de faire ça?»

Mais il faut aussi se demander: «Qu'est-ce que l'usage de ce produit lui procure?», «Que recherche-t-il et que trouve-t-il dans l'expérience des effets de ce psychotrope?». C'est seulement alors que l'on peut découvrir que pour tel ou tel individu, l'expérience est asservissante, tient lieu de palliatif, de bouée de sauvetage, alors que pour d'autres, la même expérience ne pose pas de problème grave et pourrait n'être que passagère.

La consommation de drogues par les jeunes s'étant rapidement et fermement implantée au Québec depuis la fin des années 1960, il n'est plus possible de parler, comme il y a dix ans, de situation marginale. Ces «marginaux» représentent à l'heure actuelle, une trop forte minorité pour qu'on puisse minimiser l'importance du phénomène. **La consommation de psychotropes chez les jeunes est aujourd'hui une pratique intégrée socialement.** Si, à son origine, elle a connu de fortes résistances, de nos jours on ne peut plus nier **son caractère durable.**

TABLEAU DE LA CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES CHEZ LES ADOLESCENTS

Les études consacrées à la population adolescente et les données recueillies à ce jour sont peu nombreuses et ne conduisent pas toutes aux mêmes conclusions. Un des problèmes majeurs réside d'ailleurs dans la difficulté de comparer ces enquêtes, en raison d'une absence de standardisation des instruments de cueillette de données. Cette question sera davantage débattue au chapitre suivant. Quoiqu'il en soit, les résultats disponibles constituent des indicateurs utiles de tendances de la consommation adolescente, que l'on doit manipuler avec soin en tenant compte du type de consommateurs traité par les enquêtes (occasionnel, régulier, chronique), des catégories de substances psychotropes abordées, de la période couverte par le relevé des consommations, des groupes d'âge concernés, etc. L'omission de ces précautions peut fausser complètement l'interprétation des différentes données.

Nous nous attacherons donc, dans les pages qui suivent, à tracer un tableau indicatif de la consommation de psychotropes chez les adolescents et les adolescentes, à partir des quelques enquêtes qui nous ont semblé les plus pertinentes en la matière.

Produits les plus consommés

Vers quels produits se tournent les jeunes usagers de substances psychotropes? Si l'on excepte le café (mentionné dans une seule enquête), il semble que chez les expérimentateurs comme chez les adeptes réguliers, l'alcool se classe au premier rang. Viennent ensuite le tabac et les dérivés du cannabis (marijuana, haschich, THC) auxquels s'ajoutent, mais loin derrière, l'ensemble des autres substances consommées.

Ces résultats proviennent de trois enquêtes. La Commission des écoles catholiques de Montréal a récemment effectué une enquête auprès de 34 écoles secondaires francophones[1], huit ans après une étude similaire menée auprès d'un échantillon équivalent, en 1976[2]. Les deux études, une fois comparées, ont permis à la C.É.C.M. de tirer certaines conclusions dont la plus importante est sans doute le constat d'une diminution de consommation par rapport à 1976 pour toutes les drogues, exception faite de la cocaïne qui enregistre une légère hausse. Les produits les plus consommés, la caféine mise à part, sont demeurés l'alcool, la cigarette et les dérivés du cannabis.

1. *DESRANLEAU, C. et al. (1985), **La consommation de drogues chez les jeunes du secondaire en 1984.** Montréal, Commission des écoles catholiques de Montréal.*

2. *POISSANT, I., CRESPO, M. (1976). **La consommation des drogues chez les jeunes du secondaire.** Montréal, Commission des écoles catholiques de Montréal.*

TABLEAU 5 – *Comparaison des drogues les plus consommées* dans les écoles de la C.É.C.M. en 1976 et 1984.

1976		1984	
Type de drogues	**% de consommateurs**	**Type de drogues**	**% de consommateurs**
Cigarette	41,9	Cigarette	29,7
Alcool	68,7	Alcool	42,6
Marijuana	19,2	Cannabis	15,0
Haschich	15,5		
Hypnotiques	3,4		
Tranquillisants	5,8	Médicaments et chimiques	3,8
Acide	2,7		
Mescaline	9,6		
Stimulants (dont cocaïne)	3,4	Cocaïne	3,8
Solvants	1,6	Colle	0,8
Héroïne	0,5	Héroïne	–
Café – thé – cola	–	Café – thé – cola	80

SOURCE: POISSANT, I., CRESPO, M.; DESRANLEAU, C. et al.

En 1981, le Centre des services sociaux de la région du Saguenay–Lac St-Jean-Chibougamau[1] a mené sa propre enquête auprès de onze écoles secondaires et, dans un document intitulé **La drogue banalisée**[2], Suzanne Dumas a comparé les résultats de cette étude avec ceux de l'enquête effectuée par la C.É.C.M. en 1976. Malgré des différences de pourcentages, les produits les plus consommés pour lesquels la comparaison s'applique sont l'alcool et les dérivés du cannabis.

TABLEAU 6 – **Comparaison des drogues les plus consommées chez des élèves de la C.É.C.M. (1976) et des jeunes du Saguenay (1981).**

Drogues	C.É.C.M.-1976	Saguenay-1981
Alcool	68,7%	83,8%
Haschich	15,5%	19,9%
Marijuana	19,2%	17,2%
Stimulants	3,4%	8,5%
Tranquillisants	5,8%	7,3%
Acide	2,7%	5,8%
Champignons	–	4,9%
Solvants	1,6%	3,1%
Mescaline	9,6%	2,6%
Hypnotiques	3,4%	2,1%
Héroïne	0,5%	1,7%
Cigarette	41,9%	–

SOURCE: DUMAS, S.

1. *BILODEAU, L. et al. (1981).* ***La consommation des drogues chez les étudiants de onze écoles secondaires de la région Saguenay-Lac St-Jean-Chibougamau.*** *Chicoutimi, C.S.S. Saguenay-Lac-St-Jean-Chibougamau.*

2. *DUMAS, S. (1984).* ***La drogue banalisée.*** *Québec, Direction de la recherche, Ministère de l'Éducation.*

Enfin, en 1982, le ministère fédéral de la Santé et du Bien-être social a commandé une enquête Gallup[1] pour mesurer l'incidence de la consommation de certaines drogues au sein de la population canadienne âgée de 12 à 19 ans. Pour les trois psychotropes auxquels se limite l'enquête, les préférences de consommation rejoignent les résultats précédents, comme en font foi les résultats suivants, répartis selon les provinces canadiennes:

TABLEAU 7 – Pourcentage de consommateurs (12-19 ans) selon le produit dans les différentes régions du Canada d'après un sondage Gallup (1982).

Provinces	Cigarette	Alcool	Marijuana
Québec	25%	52%	13%
Provinces de l'Atlantique	26%	43%	12%
Ontario	21%	47%	19%
Provinces des Prairies	20%	59%	20%
Colombie-Britannique	21%	66%	36%
SOURCE: LEVASSEUR, M.			

Types de consommateurs

L'évaluation de ce paramètre est rendue particulièrement difficile par l'absence de distinction entre consommateur occasionnel, régulier ou abusif ou encore par le manque d'homogénéité de la définition de ces catégories d'une enquête à l'autre. La dernière étude de la C.É.C.M. fournit certaines indications sur les consommateurs réguliers et occasionnels, à partir d'un tableau de la fréquence de consommation par type de drogue.

TABLEAU 8 – Fréquence de la consommation selon les différentes sortes de drogues chez des élèves de la C.É.C.M.

Drogues / Fréquence	Café - thé cola	Cigarette	Alcool	Cannabis	Médicaments et chimiques	Colle	Cocaïne
À l'occasion	29,4%	15,3%	67,3%	59,2%	60,2%	41,3%	64,4%
Plus d'une fois par mois, mais pas toutes les semaines	10,8	2,1	18,3	16,1	22,7	8,7	18,6
Plus d'une fois par semaine, mais pas tous les jours	22,2	5,9	12,1	18,6	8,9	0,0	10,6
Une fois par jour	15,9	3,0	1,0	3,4	4,6	8,7	1,8
Plus d'une fois par jour	21,4	73,0	0,7	2,7	0,0	0,0	4,3
Sans réponse	0,3	0,7	0,6	0,0	3,6	41,4	0,0
Pourcentage	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nombre d'élèves	1023	378	542	191	48	10	48
SOURCE: DESRANLEAU, C. et al.							

1. *Cité dans: LEVASSEUR, M. (1983). Des problèmes prioritaires: la maladie selon les âges de la vie. Québec, Conseil des Affaires sociales et de la famille.*

LE PHÉNOMÈNE-DROGUE ET LES JEUNES

Il ressort que les drogues le plus fréquemment consommées sont la cigarette suivie d'assez loin par les produits à base de caféine. Toutes les autres catégories de produits apparaissent significativement consommées de façon occasionnelle. En groupant les deux premières indications de fréquence dans la rubrique «occasionnels», et les trois autres dans la rubrique «réguliers», les auteurs ont pu comparer ces résultats avec ceux de l'enquête de 1976 et conclure que le pourcentage de consommateurs réguliers était en diminution pour l'ensemble des produits, exception faite de la cigarette, et que celui des consommateurs occasionnels était également à la baisse pour toutes les drogues sauf le cannabis.

Enfin, confrontant ces résultats à ceux de la région du Saguenay, Suzanne Dumas précise qu'au niveau de la consommation toutes catégories, les taux d'usagers semblent plus élevés en région éloignée qu'en milieu urbain; si l'on s'en tient par contre aux seuls usagers réguliers, le rapport se renverse au profit des consommateurs urbains.

VARIABLES DE LA CONSOMMATION

L'âge

Une enquête menée en 1980 auprès des élèves de la polyvalente de Charlesbourg[1], dans la région de Québec, tient compte des différentes substances psychotropes en fonction de l'âge de l'utilisateur. L'étude révèle ainsi que 32 p. 100 des adolescents ont déjà été initiés à l'une ou l'autre drogue (en excluant l'alcool) à l'âge de 14 ans.

TABLEAU 9 – Consommation des différentes drogues selon l'âge à la polyvalente de Charlesbourg (1980).

Drogues	14 ans	15 ans	16 ans	17 ans	18 ans	+ de 18
Colle	14%	11%	11%	12%	15%	14%
Marijuana/Haschich	28%	23%	40%	44%	44%	47%
Acide/Cocaïne/Mescaline/PCP	13%	14%	18%	22%	23%	26%
Tranquillisants/Stimulants	16%	15%	16%	17%	21%	25%
Alcool	64%	67%	76%	78%	79%	79%

SOURCE: BOURGAULT, D. et al.

Les résultats obtenus cette fois-ci par l'enquête du Centre des services sociaux du Saguenay-Lac St-Jean-Chibougamau montrent que la consommation augmente avec l'âge, jusqu'à 18 ans. On enregistre les plus fortes hausses entre 14 et 15 ans et 16 et 17 ans. Cependant, passé 18 ans, la proportion des consommateurs réguliers diminue.

Les données provenant de l'étude de la C.É.C.M. (1984) corroborent les résultats de l'enquête précédente. L'accroissement le plus élevé de consommation s'observe cependant un peu plus tôt, soit entre 12 et 13 ans. Le plus haut taux est atteint cette fois vers l'âge de 17 ans, et il diminue légèrement chez les 18 ans et plus.

1. BOURGAULT, D. et al. (1981). ***Étude sur la consommation de drogues et d'alcool à la polyvalente de Charlesbourg.*** *Commission régionale Jean-Talon.*

TABLEAU 10 – **Comparaison de la consommation de drogues selon l'âge à la C.É.C.M. (1984) et dans la région du Saguenay-Lac St-Jean-Chibougamau (1981).**

Régions	12 ans	13 ans	14 ans	15 ans	16 ans	17 ans	18 ans	+ de 18
Saguenay	0	1,8%	9%	25,7%	33%	46,2%	55,6%	35,7%
C.É.C.M.	18,4%	34,2%	46,8%	56,7%	61,9%	68,6%	62,5%	
SOURCE: BILODEAU, L. et al.; DESRANLEAU, C. et al.								

En examinant les résultats des deux enquêtes et même en reconnaissant que le facteur géographique a pu avoir une certaine influence, **force nous est de constater que les jeunes s'initient tôt aux substances psychotropes.**

Le sexe

Au début des années 1970, on notait d'importantes différences dans l'utilisation des drogues selon le sexe de l'usager. Cet écart s'estompait au milieu des années 1970; les filles étaient aussi nombreuses et consommaient en aussi grande quantité que leurs camarades masculins. Le début des années 1980 renverse partiellement – et peut-être temporairement – cette affirmation. Les recherches effectuées par la région du Saguenay-Lac St-Jean-Chibougamau indiquent que les garçons occupent de nouveau le premier rang des consommateurs réguliers avec un score de 33,5 p. 100 contre 24,3 p. 100 chez les filles. Toujours selon l'enquête, les adolescentes ont recours aux substances psychotropes plus tôt, mais sont vite surpassées par leurs camarades masculins dès la 15e année. L'écart le plus important entre les sexes concerne les jeunes de 18 ans et plus, toutes substances confondues.

TABLEAU 11 – **Consommation de drogues selon l'âge et le sexe dans la région du Saguenay-Lac St-Jean-Chibougamau (1981).**

Âge / Sexe	12 ans	13 ans	14 ans	15 ans	16 ans	17 ans	18 ans	+ de 18
Masc.	0%	0%	7,9%	30%	35,7%	51,5%	67,5%	36,8%
Fém.	0%	3,3%	10,1%	22,1%	30,5%	39,8%	34,8%	50,0%
SOURCE: BILODEAU, L. et al.								

Il faut encore préciser que si les adolescentes enregistrent une hausse de consommation considérable dans le groupe d'âge «18 ans et plus», c'est que l'échantillon se limite à six répondantes. Ces résultats sont donc très peu représentatifs de l'ensemble et il est nécessaire de les considérer avec réserve.

Dans la livraison du printemps 83 de la revue «Psychotropes»[1], Jacques Tremblay et Gilles Bibeau soulignent que l'on remarque chez les préadolescentes un accroissement important de la consommation du tabac, en particulier au moment du passage de la sixième année du primaire à la première année du secondaire.

1. *TREMBLAY, J., BIBEAU G. (1983). Les mécanismes d'initiation au tabac chez les jeunes du Québec.* ***Psychotropes,*** *1 (1), 45-54.*

L'enquête menée par la C.É.C.M. en 1984 aboutit à des résultats différents de ceux de la région du Saguenay-Lac St-Jean-Chibougamau. Cependant, les auteurs prétendent que, même si le pourcentage de consommateurs masculins dépasse légèrement celui des consommateurs féminins, l'écart constaté entre garçons et filles n'est pas significatif: «le sexe», selon l'enquête, «n'est pas un facteur explicatif de la consommation»[1]. Notons encore une fois que la différence des résultats peut être attribuable à l'intervalle de temps qui sépare les deux enquêtes, ainsi qu'à des particularités régionales.

TABLEAU 12 – Consommation de drogues selon le sexe à la C.É.C.M. (1984).

	Masculin	Féminin
Consommateurs	51,2%	45,4%
Non consommateurs	48,8%	54,6%
SOURCE: DESRANLEAU, C. et al.		

Le secteur d'études

Dans certaines enquêtes, on a cru bon d'examiner la relation entre la consommation de drogues et le secteur d'études. Nous insisterons sur les résultats de deux de ces enquêtes.

Les données de la région du Saguenay-Lac St-Jean-Chibougamau et de la polyvalente de Charlesbourg convergent vers le même constat: au secondaire, on retrouve plus d'usagers réguliers dans le secteur de l'enseignement professionnel que dans le secteur de l'enseignement général.

Mis à part l'alcool, l'écart entre les deux secteurs est encore plus considérable; ainsi, le secteur professionnel long compte plus de 14 p. 100 d'usagers réguliers (consommation presque tous les jours ou toutes les semaines), le secteur professionnel court, 18 p. 100, alors que pour le secteur général, le taux tombe à 6,9 p. 100.

L'enquête effectuée par la C.É.C.M. en 1984 se distingue des deux premières dans la mesure où elle a pris en compte les ambitions scolaires. Ainsi, les résultats démontrent que ceux qui ont des ambitions moins élevées ont sensiblement plus de propension à consommer que ceux qui aspirent à des études universitaires.

TABLEAU 13 – Relation entre la consommation de drogues et les ambitions scolaires à la C.É.C.M. (1984).

Consommation / Ambitions scolaires	Consommateurs	Non-consommateurs
Je n'irai pas plus loin	2,5%	1,2%
Diplôme du secondaire	27,5%	16,5%
Diplôme du Cégep	36,8%	34,8%
Diplôme universitaire	33,2%	47,5%
SOURCE: DESRANLEAU, C. et al.		

1. *DESRANLEAU, C. et al., op. cit., p. 25.*

Les motivations

À propos des raisons invoquées lors de la consommation de psychotropes, l'enquête de la C.É.C.M. de 1976 et l'enquête menée dans la région du Saguenay-Lac St-Jean-Chibougamau en 1981 en arrivent à des résultats à peu près similaires et d'autant plus comparables qu'ils ont été obtenus à partir de la même grille-questionnaire:

TABLEAU 14 – Comparaison des motivations des consommateurs de drogues dans la région du Saguenay-Lac St-Jean-Chibougamau (1981) et à la C.É.C.M. (1976).

Raisons invoquées pour consommer	Saguenay[1]	C.É.C.M.[2]
Pour oublier les conflits avec la famille	4,3%	2,7%
Pour oublier des échecs scolaires	3,4%	1,9%
Pour être moins gêné(e) et plus à l'aise en groupe	22,3%	6,0%
Pour éprouver de nouvelles sensations	12,3%	5,7%
Pour le plaisir, la réaction, l'émotion	41,9%	19,5%
Par curiosité, désir d'en faire l'expérience	7,1%	6,0%
Parce que mes amis(es) en prennent	9,7%	4,2%
Parce que je m'ennuie et qu'il n'y a rien d'autre à faire	7,2%	2,8%
Autres	14,6%	—

SOURCE: BILODEAU, L. et al.; POISSANT, L., CRESPO, M.

Les jeunes consommeraient donc des psychotropes d'abord et avant tout pour le plaisir, pour la réaction que ces produits leur procurent, et non pas nécessairement pour fuir des responsabilités ou des problèmes comme trop souvent les adultes sont portés à l'imaginer. Vient ensuite dans les deux études le désir d'«être moins gêné et plus à l'aise en groupe», ce qui renvoie dans une large mesure à l'importance des pairs et de la vie de groupe à l'âge adolescent.

Les sources d'influence

Si la personnalité et les motifs invoqués par les jeunes consommateurs jouent un rôle prépondérant dans l'adoption d'habitudes de consommation, il ne faut surtout pas négliger l'importance de certaines sources d'influence qui viennent renforcer et modeler les comportements de consommation des jeunes.

La famille

L'influence des parents modèle considérablement les comportements des jeunes enfants. Cette structure d'identification et de dépendance est généralement renforcée par l'influence des **frères et soeurs aînés** qui légitimise la consommation ou la non-consommation chez les plus jeunes.

Ainsi, la famille constitue sans équivoque le premier modèle de consommation, et il est probable que l'attitude des parents vis-à-vis des psychotropes joue un rôle significatif dans les habitudes de consommation. Les adolescents procèdent souvent, **soit par imitation, soit en réaction,** au modèle familial. Par exemple:

- *Lorsque les parents font un usage modéré ou socialisé de l'alcool, les jeunes adoptent généralement le même comportement face à ce psychotrope.*

1. La somme des pourcentages donne plus que 100% en raison de la possibilité que les élèves avaient de faire plusieurs choix.

2. La somme des pourcentages donne moins de 100% du fait que tous les élèves de l'échantillonnage n'ont pas répondu à cette question.

- *Par contre, lorsque les parents adoptent une attitude fortement répressive, la réaction des jeunes peut consister à utiliser l'alcool comme langage contre la répression.*

- *Enfin, lorsque les parents font un usage abusif d'alcool, lorsqu'ils ne contrôlent plus leur consommation, on constate qu'il s'agit du premier facteur d'incidence de la surconsommation chez les jeunes.*

Si cela est vrai de l'alcool, cela peut l'être également de la «pharmacie domestique». Les enfants sont en effet très tôt dans leur vie les témoins de la consommation par leurs parents de drogues dites «légales».

Selon certains chercheurs[1], le processus d'identification au modèle familial comporte trois grandes étapes: de 6 à 10 ans, l'enfant modèle davantage ses comportements sur ceux de ses parents et de ses frères et soeurs; à partir de 10 ans jusque vers 13 ans, la pression du groupe des pairs et des amis semble remplacer et surpasser l'influence des parents, qui persiste tout de même avec force auprès du préadolescent; après 13 ans, ce sont les amis élus par l'enfant qui prescrivent davantage leurs normes dans le processus d'identification, normes qui, par ailleurs, peuvent entrer en conflit avec celles de la famille.

Le milieu familial est considéré par plusieurs intervenants comme un facteur déterminant le développement d'habitudes de consommation. Plus il se vit de problèmes dans la famille (éclatement, divorce, violence, répression, incommunicabilité), plus les risques de surconsommation chez les jeunes sont élevés.

L'influence des pairs

Les chercheurs se sont évidemment penchés sur le problème de l'influence des groupes d'amis et des pairs dans le processus de développement des habitudes de consommation. Au début des années 1970, on constate que la pression des amis et la conformité aux normes et aux conventions du groupe constituaient les facteurs majeurs du développement de la consommation. Ainsi, le fait qu'il y ait association entre la consommation par le meilleur ami ou par le leader du groupe d'amis et la consommation du jeune ne semble plus faire aucun doute.

TABLEAU 15 – **Partenaires des élèves pour la consommation de drogues dans la région du Saguenay-Lac St-Jean-Chibougamau (1981).**

	Alcool		Marijuana		Haschich	
	Consommateurs		Consommateurs		Consommateurs	
	Occasionnels	Réguliers	Occasionnels	Réguliers	Occasionnels	Réguliers
Seul(e)	0,5	0,8	0	0	0	0
Avec un trafiquant	0	0,5	5,4	2,3	3,5	2,7
Avec des membres de ma famille	**38,4**	7,7	5,4	5,7	8,8	6,3
Avec un groupe d'amis	**54,6**	**84,6**	**70,3**	**75**	**70,2**	**77,7**
Avec des compagnons d'école	4,4	3,2	10,8	11,4	12,3	8,9
Autres	2,1	3,2	8,1	5,6	5,2	4,4
Pourcentage	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nombre d'élèves	432	221	37	88	57	112

SOURCE: BILODEAU, L. et al.

1. *Voir, par exemple, WAKE, R. (1979).* ***Multi-Step Process of Starting Smoking.*** *Communication à la Fourth World Conference of Smoking and Health, Stockholm, Suède.*

LE PHÉNOMÈNE-DROGUE ET LES JEUNES

Dans l'enquête menée par le Centre des services sociaux du Saguenay-Lac St-Jean-Chibougamau, cette réalité apparaît clairement. Les jeunes des écoles secondaires rechercheraient majoritairement la compagnie de leur groupe d'amis lorsqu'ils consomment des substances psychotropes.

Il ne faut pas négliger l'importance du processus de socialisation dans le développement des habitudes de consommation. Les adolescents font surtout l'expérience des psychotropes dans des lieux où ils interagissent entre eux. C'est donc entre eux que les jeunes s'initient à la consommation de psychotropes, s'y exercent et s'y habituent dans des lieux qui leur sont, en quelque sorte, réservés. La consommation constitue dans plusieurs groupes de jeunes, **non seulement un rituel initiatique qui permet à chacun d'être reconnu comme membre du groupe, mais aussi un véritable rituel de passage qui donne accès aux activités des grands et qui permet d'identifier ceux qui ont effectué le passage.**

C'est d'ailleurs ce que faisait remarquer une étude menée en 1983 par le Conseil de la santé et des services sociaux de la région du Montréal métropolitain.

> *«La consommation de drogue se fait surtout en groupe et observe un quasi-rituel; initiation, épreuve, signes d'appartenance au groupe ou à la sous-culture; elle fournit une occasion de rencontre, intensifie les liens entre les membres, en crée avec d'autres groupes et tend à éloigner de plus en plus le jeune de son milieu d'origine et du comportement que sa famille et ses pairs pouvaient attendre de lui»*[1].

La publicité

Dans le document «Les drogues: faits et méfaits»[2], les auteurs précisent qu'en 1981, au Canada, le monde de la publicité a consacré la somme de 91,1 millions de dollars à promouvoir la vente de l'alcool seulement. Près d'un tiers des messages publicitaires diffusées à la radio,à la télévision ou dans les journaux servent à promouvoir des psychotropes et l'usage des psychotropes d'une façon ou d'une autre: «Prenez une pilule pour dormir», «Prenez une bière pour être sociable», «Une cigarette pour relaxer», etc. Tous ces messages présentent des attitudes favorisant la consommation de drogues licites et influencent l'opinion publique sur les substances psychotropes.

On sait par exemple que l'alcool est généralement associé dans la publicité à la jeunesse, à la beauté, à la force, au sport et donc à la bonne forme physique, à l'indépendance, au «sex-appeal», à la sociabilité qui sont autant de valeurs culturelles dominantes, auxquelles les jeunes aspirent et adhèrent facilement.

Des études comme celle de Gorn et Golbert (1977)[3] ont mesuré la sensibilité des jeunes aux valeurs véhiculées par la publicité tabagique et ont démontré que les individus conformistes sont davantage exposés que les autres.

Ces recherches laissent toutefois dans l'ombre le problème des grandes forces économico-politiques que représentent d'une part les industries du tabac, de l'alcool et des médicaments, et d'autre part, le marché et le trafic de drogues illicites dans nos sociétés.

Le contexte socio-économique

Une étude portant sur la santé des jeunes Québécois, effectuée par le Conseil des affaires sociales et de la famille, explique ainsi l'usage des drogues chez les jeunes:

> *«Dans le contexte social actuel, combattre la consommation des drogues chez les adolescents et les jeunes adultes sans s'attaquer aux problèmes socio-économiques, devient une tâche particulièrement difficile. Le taux élevé de chômage, l'incertitude quant à l'avenir, les changements sociaux rapides et les tensions qui en résultent sont autant de facteurs qui peuvent conduire à un usage abusif de drogues»*[4].

1. LACHAPELLE, P.-P. (1983). ***Étude de la problématique de la consommation de drogues chez les jeunes dans la région du Montréal métropolitain.*** *Montréal, Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal, p. 7.*
2. SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1985). ***Les drogues: faits et méfaits.*** *Ottawa, ministère des approvisionnements et services Canada.*
3. GORN, G.J., Golbert, M.E. (1977). ***Stratégies d'opposition aux méthodes de mise en marché auprès des jeunes fumeurs.*** *Communication présentée au 4e Séminaire international de recherche en Marketing, Abbaye de Fenangue, France.*
4. LEVASSEUR, M., *op. cit.*

LE PHÉNOMÈNE-DROGUE ET LES JEUNES

Même si la majorité des adolescents et adolescentes ne connaissent pas directement de difficultés liées au chômage, ils ressentent de l'anxiété et du stress devant la situation économique précaire qui les attend, l'absence de débouchés, la compétitivité et l'individualisme d'un monde souvent bien moins accueillant et valorisant qu'ils ne l'escomptaient. Ce climat général d'insécurité entraîne parfois le prolongement de leur dépendance économique vis-à-vis de la famille ou de la société et en conséquence, peut provoquer des épisodes de consommation de psychotropes vécus comme contestation ou compensation face à cet état de fait.

Pour conclure ce tableau sommaire de la consommation de psychotropes chez les adolescents et adolescentes, deux points importants méritent d'être retenus. D'une part, le constat général de la situation qui prévaut chez les jeunes a très peu à voir avec l'alarmisme de nombre d'adultes qui, mal informés ou mal intentionnés, dramatisent à outrance l'expérience des jeunes avec les drogues: en gros, les jeunes consomment d'abord et avant tout de l'alcool et du tabac, psychotropes licites s'il en est, et s'avèrent plutôt des consommateurs occasionnels dont l'usage général semble à la baisse depuis une dizaine d'années, du moins si l'on en croit les données de la C.É.C.M.

D'autre part, et c'est là le second point, la consommation de psychotropes chez les jeunes se révèle un phénomène beaucoup plus nuancé et complexe qu'il n'y paraît à première vue. En d'autres mots, il n'y a pas que le type de produits utilisés qui importe mais un ensemble de facteurs, relevant tantôt des caractéristiques biologiques, tantôt de la personnalité et des motivations du sujet ou encore des circonstances qui façonnent le vécu tout au long de cette période particulière de «passages» que constitue l'adolescence. Les adultes soucieux de prévention doivent d'abord examiner leurs préjugés et réfléchir sur leurs propres pratiques de consommation afin de mieux communiquer et, éventuellement, de mieux intervenir auprès des jeunes. Nous en parlerons plus en détail dans le chapitre qui suit.

3

LES MOYENS D'INTERVENTION À L'ÉCOLE

Quels types d'intervention peut-on introduire en milieu scolaire? Par qui ces interventions doivent-elles être mises en place? À qui doivent-elles s'adresser? Le présent chapitre tente de fournir quelques éléments de réponse à ces questions. Il vise particulièrement à favoriser l'émergence d'actions préventives dans la communauté scolaire. À cette fin, nous avons choisi de nous inspirer de diverses expériences menées au cours des dernières années dans les écoles secondaires des différentes régions du Québec. Il faut cependant retenir qu'aucune approche ne réglera l'ensemble des problèmes liés à la consommation de psychotropes. Que ce soit à l'école ou ailleurs, la recette magique n'existe pas!

Un processus d'intervention se compose de plusieurs étapes que nous avons découpées, pour les fins de notre étude, en trois grandes parties: l'analyse de la situation à l'école, le choix des mesures et leur mise en place, et l'évaluation de l'intervention.

ANALYSE DE LA SITUATION À L'ÉCOLE

Dans une perspective préventive, chaque école, en collaboration avec les membres intéressés de la communauté scolaire et avec le comité d'école, devra procéder à l'analyse de sa situation avant d'envisager toute autre forme d'action. Une telle analyse devra tenir compte des trois éléments suivants: la préparation d'une problématique, l'élaboration et l'application d'une réglementation, l'exécution d'un sondage auprès des élèves.

Sensibilisation au phénomène

Est-il possible de susciter à l'école un intérêt pour le phénomène de consommation? Comment peut-on y parvenir? Il s'agit là de questions fondamentales qui font appel aux valeurs et aux préoccupations des divers membres de la communauté scolaire.

Il convient avant tout de commencer la démarche par une opération de sensibilisation au problème de consommation menée auprès du plus grand nombre possible d'intervenants scolaires. Il peut s'agir d'un événement-déclencheur comme la visite d'un conférencier, par exemple. Reste que la réflexion collective gagne toujours à s'appuyer sur une bonne connaissance des faits et sur une attitude prévenante à l'égard des consommateurs.

Il semble essentiel d'amorcer la phase de sensibilisation avant l'apparition d'une situation conflictuelle. Ainsi la diffusion d'information, les échanges et les évaluations qui en résulteront, pourront s'effectuer à l'intérieur d'un contexte global, plutôt que dans le cadre étroit d'une situation d'urgence.

Il est donc primordial que dans un premier temps, l'ensemble des membres de la communauté scolaire se situe par rapport au phénomène de consommation, afin qu'un dialogue puisse s'établir autour de la question et lever le voile sur les tabous. Ce débat doit amener l'école à évaluer de façon précise l'ampleur du problème, de même que le «rang de priorité» que le milieu lui accorde.

Pour assurer la réussite de la démarche d'intervention, toute action devra être le résultat du plus large consensus possible afin de bénéficier en tout temps, du soutien et de l'appui de la communauté scolaire. Ce consensus est en quelque sorte le garant de la stabilité et de l'efficacité de la démarche, à défaut de quoi elle risque d'être remise en cause, voire repoussée.

Un moyen: la mise sur pied d'un comité-psychotrope

La mise sur pied d'un comité-psychotrope à l'école représente souvent la première manifestation concrète du consensus atteint dans le milieu. La formation d'un tel comité témoigne également de la reconnaissance par la communauté scolaire d'un intérêt tangible. Le comité peut d'abord soulever des débats sur la question afin d'analyser véritablement la situation. Il peut aussi travailler à l'élaboration d'une politique de réglementation, examiner les moyens de diffusion de l'information, et ainsi de suite.

Le comité-psychotrope doit constamment assurer la concertation avec l'ensemble de la communauté scolaire, tant pour la discussion que pour l'analyse des besoins et des ressources du milieu. Il lui incombe de rechercher un consensus sur les attitudes à adopter et sur les mesures à prendre, consensus qui se trouve à la base de toute démarche éclairée et cohérente.

Pour y parvenir, le comité-psychotrope doit être soutenu par le comité d'école qui, de par ses fonctions, doit favoriser la coordination entre les personnes concernées par l'école et donc encourager la participation de tous les membres de la communauté scolaire à l'élaboration du projet d'éducation préventive. Ainsi, les membres de la direction, les enseignants et enseignantes, les professionnels non enseignants, les parents et toutes les autres personnes-ressources du milieu doivent être invités à participer aux travaux du comité. Des élèves doivent également y être conviés, tant pour leur permettre de faire valoir leurs opinions, que pour s'assurer leur accord et leur soutien par la suite. La démarche sera d'autant mieux adaptée que les jeunes auront été consultés et auront eu l'occasion de participer aux décisions de la communauté scolaire.

Élaboration et application d'une réglementation

Dans la plupart des écoles, il existe une réglementation qui interdit toute consommation de substances psychotropes. À certains endroits, tous les produits, à l'exception du tabac, sont proscrits, alors qu'à d'autres, suite à un référendum notamment, l'usage du tabac est également interdit. La transgression de cette réglementation entraîne généralement des sanctions qui vont du simple avertissement au renvoi systématique des élèves consommateurs. Toutefois, il faut noter que dans les écoles qui ont amorcé une réflexion sur le phénomène, les attitudes et les comportements à l'égard de l'application de la réglementation sont plus nuancés et, à l'occasion, sensiblement modifiés.

Toute forme de réglementation touche bien sûr à la fois la consommation, la vente et la possession de psychotropes dans l'école. Cependant, bien qu'une réglementation doive s'inspirer des lois civiles en vigueur et viser la bonne marche de l'école dans son ensemble, elle doit par ailleurs demeurer un outil pédagogique qui se soucie des droits fondamentaux tout en initiant au sens des responsabilités. Le recours aux règlements doit avant tout se traduire comme une volonté d'aider les jeunes en considérant la personne avant le produit, la responsabilisation avant la simple répression.

Il convient donc d'éviter les automatismes (consommation-suspension) en faisant preuve de jugement, de discernement et en tentant d'évaluer cas par cas, les mesures à prendre face à un comportement donné. Ainsi, par exemple, tous les parents ne sont pas prêts à apprendre le renvoi de leur enfant par un simple appel téléphonique. Les conséquences d'une telle démarche, si elles ne sont pas soigneusement évaluées à priori, sont imprévisibles et parfois dramatiques. Dans une perspective éducative, et pour le bien de l'élève, l'application d'une réglementation devrait avoir pour but la prise de conscience. Ainsi, l'élève «à qui on aura donné sa chance» saura réagir de façon positive et constructive, alors que le «récidiviste» devra faire face aux conséquences de ses actes.

Il est intéressant de noter que, de façon générale, dans les écoles sensibilisées au phénomène de consommation, on assiste à l'apparition de lieux d'orientation et de personnes-ressources auxquels les jeunes peuvent facilement faire appel. Ces nouvelles alternatives, rapidement connues de l'ensemble de la communauté scolaire, doivent tendre à supplanter les mesures répressives.

À ce stade, l'école doit prévoir des mécanismes favorisant la diffusion et la circulation de l'information, ainsi qu'un processus d'orientation des jeunes vers des services internes ou extérieurs au milieu scolaire. Compte tenu du caractère très personnel des dynamiques sous-jacentes à un problème de consommation, l'école devrait assurer la «confidentialité» du dossier lors de l'intervention. À l'instar de la situation en vigueur au Québec en matière de contraception, le jeune devrait avoir droit à ce qu'aucune information personnelle ne soit divulguée sans son consentement préalable et ce, dès l'âge de 14 ans, comme c'est le cas pour le dossier personnel des élèves. Cette mesure adoptée, les jeunes pourront s'ouvrir plus aisément sur les problèmes et ainsi aider à rehausser la qualité de l'intervention.

À cette étape d'intervention, on peut répertorier les ressources internes et extérieures à l'école afin d'être en mesure d'assurer un suivi efficace et cohérent à l'orientation initiale. À cette fin, l'école doit préalablement planifier l'utilisation des ressources disponibles dans la communauté. Cette planification peut être simplifiée si on la prépare en collaboration avec le Centre local de services communautaires, par exemple.

Enquête sur les caractéristiques de la consommation

L'étude de modèles développés en milieu scolaire ces récentes années indique clairement la nécessité pour l'école d'évaluer objectivement l'incidence et l'ampleur du phénomène de consommation dans son milieu.

Pour y arriver, presque toutes les écoles ont eu recours à un sondage. Toutefois, même si chaque école cherche à rendre compte des mêmes réalités, on remarque dans les résultats des enquêtes d'importantes différences attribuables le plus souvent à la diversité des méthodes de sondage, un sondage scientifiquement administré s'avérant une entreprise fort coûteuse. A ce jour, la majorité des écoles ont préféré s'en tenir à des sondages-maison, conçus généralement par les membres du personnel scolaire. Cette démarche se révèle pourtant peu satisfaisante dans la mesure où il devient difficile de comparer ses propres résultats à d'autres et ce, à des périodes différentes.

Aussi, il importe de viser «l'uniformisation» ou la «standardisation» des méthodes de sondage et de cueillette, pour faciliter la recherche sur l'évolution du phénomène. À cet effet, Suzanne Dumas[1] (1984) dans son analyse-synthèse «La drogue banalisée» et Line Beauchesne[2] (1985) dans un document de recherche intitulé «Les drogues et les jeunes» suggèrent l'utilisation

1. *DUMAS, S. (1984).* ***La drogue banalisée.*** *Québec, Direction de la recherche, ministère de l'Éducation.*

2. *BEAUCHESNE, L. (1985).* ***Les jeunes et les drogues.*** *Montréal, Centre international de criminologie comparée, Université de Montréal.*

d'un questionnaire préparé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)[1]. En plus d'employer des termes standardisés et validés, le questionnaire de l'OMS facilite l'étape de la cueillette et de l'analyse des données. Si, d'une année à l'autre, on utilise le même instrument de mesure, le champ d'observation et de compréhension du phénomène ne pourra qu'y gagner. Un exemplaire du gestionnaire de l'OMS figure en annexe du présent document.

Le sondage répond au besoin fondamental qu'éprouve la communauté scolaire d'évaluer avec précision l'ampleur du phénomène. Comme il n'est pas toujours possible d'adopter le modèle d'enquête proposé par l'OMS, voici quelques paramètres qui pourront aider les personnes désireuses d'entreprendre une telle démarche au sein de leur milieu.

Le questionnaire devra:

- *être anonyme;*
- *s'adresser à tous les élèves (sexe masculin et féminin) et à tous les niveaux et secteurs;*
- *comporter des questions d'identification (sexe/âge/niveau de scolarité/secteur d'enseignement);*
- *tenir compte des facteurs socio-économiques (scolarité des parents/profession du père et de la mère/situation familiale);*
- *chercher à cerner les caractéristiques de la consommation (substances consommées/fréquence d'utilisation/moments privilégiés pour le faire);*
- *chercher à connaître les partenaires de consommation (en groupe/seul/avec des membres de la famille);*
- *pouvoir identifier les raisons motivant la consommation;*
- *être distribué à tous les élèves de l'école au même moment afin d'éviter les distorsions et être administré selon le même protocole;*
- *être compilé et analysé rapidement afin de ne pas essouffler les énergies déjà investies.*

Il faut toujours se rappeler qu'un sondage n'est jamais exhaustif, qu'il est sujet à différentes interprétations et que, s'il permet de dégager des pistes et de déblayer une situation, il n'en demeure pas moins un portrait ponctuel. La clientèle scolaire se renouvelant presque entièrement en moins de cinq ans, les résultats d'un sondage sont, par conséquent, relativement limités dans le temps. Le sondage peut servir de base à l'élaboration de l'intervention, mais si aucun suivi ne lui est accordé rapidement, il risque de devenir assez rapidement périmé.

Dans l'hypothèse où les résultats du sondage ne font état que d'un très bas niveau de consommation, il ne faut surtout pas hésiter à aller plus avant dans la démarche d'intervention. Dans la perspective d'un projet d'éducation préventive, l'information sur les substances psychotropes doit circuler et être disponible en tout temps. Ainsi, les jeunes, éclairés sur la question, seront moins tentés de consommer de façon inconsidérée.

Mentionnons enfin que le sondage ne doit en aucune façon servir d'opération-dépistage. Il serait maladroit de chercher à utiliser le questionnaire pour identifier les élèves consommateurs. Une telle attitude risquerait de nuire à la démarche, de fausser les données et de compromettre l'efficacité de toute intervention ultérieure.

CHOIX ET MISE EN PLACE DES INTERVENTIONS

Après avoir bien étudié et analysé la situation à l'école, il faut essayer de choisir les interventions qui correspondront le mieux aux besoins et aux attentes du milieu. Quelles actions planifier et réaliser? Comment les mettre sur pied? Dès le départ, deux questions majeures se posent: quelle ampleur veut-on donner à l'intervention et quelle sera son orientation?

Pour ce qui est de l'ampleur, le type d'intervention privilégié, doit être fonctionnel. Ainsi, l'école doit favoriser les actions dont les coûts

1. SMART, R.G. et al. (1980). ***Méthodologie pour des enquêtes sur l'usage des drogues chez les étudiants.*** *Genève, Organisation mondiale de la santé.*

financiers, humains et matériels n'occasionneront aucune dépense excessive. Pour ce faire, la communauté scolaire doit opter pour un type d'intervention facilement adaptable et intégrable aux structures et au personnel déjà en place.

Sur le plan de l'orientation, plusieurs modèles ont été mis au point par le passé: moral, médical, psychiatrique, psycho-social, légal. À ceux-ci correspondent des approches tout aussi variées: contrainte, redressement des valeurs, persuasion, alternative, etc. Le choix, l'ampleur et l'orientation de l'intervention relèvent bien sûr de chaque école en accord avec sa commission scolaire. La réponse peut par contre être facilitée par ce qui suit.

Trois grands types d'intervention peuvent être retenus par la communauté scolaire. Les interventions le plus souvent privilégiées en milieu scolaire se situeront dans le domaine de la prévention de type primaire et, occasionnellement, dans le domaine de la prévention de type secondaire. Quant à la prévention tertiaire, elle relèvera d'organismes extérieurs à l'école, spécialisés dans le domaine de la toxicomanie (secteur de la santé et des services sociaux).

Interventions de type «prévention primaire»

La prévention primaire s'adresse à l'ensemble des élèves, peu importe leur niveau de consommation. Il s'agit certainement du type d'intervention le plus développé dans les écoles secondaires québécoises. Les interventions de type primaire se composent principalement d'activités informatives (échanges, débats, conférences) portant sur les différentes substances psychotropes et leurs effets psychologiques, physiologiques et sociaux.

Les moyens d'intervention expérimentés à ce jour sont nombreux: conférences, témoignages, discussions en groupe, jeux de rôles, entrevues, films, vidéos, pièces de théâtre, etc. Notons toutefois que les moyens qui se sont avérés les plus efficaces mettaient à contribution la participation active des jeunes.

La prévention primaire ne se limite pas à la diffusion d'une masse brute d'informations; elle vise également à encadrer ces connaissances dans le sens de la responsabilisation. Ainsi, les jeunes auront l'occasion, le moment venu, d'effectuer un choix individuel et éclairé quant à leur conduite et à leur comportement de consommation.

Ce type d'intervention rejoint aussi l'ensemble des membres de la communauté scolaire et plus précisément les parents et le personnel. Après avoir été bien informés, ils pourront soutenir les jeunes dans leurs démarches et assurer par le fait même un suivi contextuel, indispensable à l'efficacité à plus ou moins long terme de ce mode d'intervention. L'école peut, en outre, rendre accessible une banque d'informations aux membres de la communauté scolaire. Cette stratégie peut être renforcée par des événements ponctuels, suivant les besoins et les attentes du milieu.

Interventions de type «prévention secondaire»

La prévention secondaire vise une population plus restreinte: les consommateurs occasionnels ou réguliers, et, à la limite, les consommateurs explorateurs s'interrogeant sur leur comportement de consommation. Il importe d'entrer en contact avec ces jeunes, d'établir un lien de confiance et de leur proposer une démarche individuelle afin qu'ils parviennent à préciser la place des substances psychotropes dans leur vie.

Ce type d'intervention oblige l'école à déployer davantage d'efforts, parce qu'il exige la présence d'intervenants formés en la matière et parce que l'intervention, s'effectuant sur une base individuelle, requiert une disponibilité accrue. Mentionnons cependant que le recours aux spécialistes n'est pas une règle obligatoire dans ce type d'intervention. Les enseignants, les parents et les professionnels non enseignants peuvent très bien tenir le rôle d'intervenants après avoir reçu une formation adéquate.

LE PHÉNOMÈNE-DROGUE ET LES JEUNES

Toute école appelée à faire face à des problèmes liés à la consommation devrait organiser un programme de formation de personnes-ressources afin d'être prête à intervenir si l'occasion se présente.

Interventions de type «prévention tertiaire»

La prévention tertiaire s'adresse exclusivement aux jeunes éprouvant de graves problèmes liés à la consommation. Il vise plus précisément les consommateurs réguliers, les surconsommateurs et ceux qui présentent de graves prédispositions à l'assuétude. Un tel degré de consommation révèle très souvent l'existence de sérieux problèmes d'ordre personnel, familial, scolaire ou social.

Ces jeunes, qui ne représentent en réalité qu'une faible proportion des élèves du secondaire, ont besoin d'être appuyés et dirigés vers un service externe doté de ressources spécialisées. Il est indispensable à ce stade de faire appel le plus rapidement possible aux services de spécialistes. Si les Centres locaux de services communautaires ou les Départements de santé communautaires peuvent répondre aux besoins de l'école dans ce domaine, il ne faut pas oublier l'existence de nombreux organismes privés sans but lucratif, spécialisés dans le domaine de la toxicomanie comme le Bureau de consultation jeunesse, le Centre de réadaptation alternative, la Fondation Dom Rémy et l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec.

Formation du personnel scolaire

La formation du personnel scolaire facilite la prise en charge, par l'école, d'un bon nombre d'interventions liées au phénomène-drogue.

La première étape devrait consister en l'acquisition de connaissances générales sur le phénomène-drogue. D'abord, au moyen de différents exercices reliés aux valeurs et aux styles de vie, les participants seraient amenés à prendre conscience de leur propre perception du phénomène de consommation et à juger de l'influence qu'elle exerce sur leurs relations avec les adolescents-consommateurs. Après cette prise de conscience et cette dédramatisation du phénomène, chaque participant devrait recevoir une information de base sur les substances psychotropes et leurs effets. Enfin, il devrait acquérir les connaissances nécessaires à l'analyse et à la compréhension de situations précises de consommation.

La deuxième étape devrait mettre en pratique les acquis théoriques. À l'aide de différentes mises en situation (par exemple, des jeux de rôles), les participants seraient amenés à évaluer différents comportements de consommation et poser leur propre diagnostic. Les participants auraient à se familiariser et à maîtriser deux modes d'intervention: l'intervention individuelle basée sur la mise en place d'un processus de résolution de problèmes, et l'intervention familiale fondée sur le développement d'un processus de communication et de négociation entre l'élève et sa famille.

Questions destinées à faciliter le choix des actions

À qui s'adresse l'intervention?

- S'agit-il de consommateurs occasionnels ou exploratoires, de consommateurs réguliers, d'élèves dont la consommation est problématique, de jeunes «pris en flagrant délit», de surconsommateurs?
- Veut-on s'attarder à une substance psychotrope en particulier ou englober tous les psychotropes?
- S'adresse-t-on à d'autres membres de la communauté scolaire (parents, enseignants, professionnels non-enseignants)?

Quels besoins l'intervention vise-t-elle?

- Il s'agit d'établir au mieux le degré de connaissances acquises par les élèves, de chercher à

savoir quelles sont leurs préoccupations principales (effets, qualité des produits, dangers) et de quelles façons ils définissent leurs attentes; cette mise au point peut s'effectuer:

- par l'entremise d'un sondage à l'école;
- en interrogeant les enseignants ou de petits groupes d'élèves;
- en installant une boîte à suggestions;
- en effectuant un remue-méninges dans les groupes-cours;
- en tenant compte des attentes et des besoins de l'ensemble de la communauté scolaire, afin d'éviter que les actions prises par la suite ne se fassent à sens unique.

Quelles sont les ressources humaines disponibles?

- Il va de soi que le choix des personnes à qui sera confiée la démarche d'action dépend avant tout des objectifs visés par l'intervention-psychotrope.
- Les ressources humaines sont multiples; il peut s'agir de membres du personnel et de la communauté scolaire: parents, policiers-éducateurs, ex-consommateurs, élèves, infirmières, travailleurs sociaux, psychologues, médecins, membres de la direction, etc.

Quelles sont les ressources matérielles et financières disponibles?

- Les ressources matérielles: équipement audio-visuel, livres, documents, locaux, etc. Il s'agit de savoir ce que l'on a et ce que l'on est prêt à mettre à la disposition du programme d'intervention.
- Les ressources financières: argent disponible pour acheter le matériel manquant ou pour défrayer les coûts occasionnés par la participation d'intervenants extérieurs à l'école.
- Combien de temps est-on disposé à allouer à chacune des étapes du programme d'intervention (préparation, mise en oeuvre, évaluation)? Il faut être prudent et planifier de façon réaliste.

Quel est le contexte d'intervention?

- Aura-t-elle lieu durant les heures de cours, après les heures de cours, pendant la pause de midi?
- Aura-t-elle lieu à l'agora, dans les salles de cours, à l'auditorium, dans les locaux réservés au programme d'intervention?

Quels sont les moyens d'intervention privilégiés?

- À chaque type d'intervention correspond un ensemble de moyens appropriés, suivant que l'on poursuit des objectifs de formation, d'intervention - prévention, d'aide individuelle ou d'animation. Précisons seulement que chaque milieu a la possibilité d'élaborer sa propre formule.
- Il convient également de distinguer le «moyen d'intervention» du «programme d'intervention». Trop souvent, un moyen (conférence, documents, diaporama), tient lieu de programme, alors qu'il ne s'agit en fait que d'un outil plutôt limité s'il n'est pas intégré à une démarche d'ensemble.

ÉVALUATION DU PROGRAMME D'INTERVENTION

L'évaluation se définissant comme un jugement d'appréciation sur les actions mises en place, elle est une étape et un moyen privilégiés pour assurer le développement et l'amélioration du programme. Chaque école devra donc prévoir des mécanismes pour assurer cette évaluation qui n'est pas toujours simple, mais peut être facilitée par les quelques questions qui suivent.

Le programme a-t-il rejoint la clientèle visée? Quels étaient les objectifs fixés et jusqu'à quel point ont-ils été atteints? Les objectifs peuvent s'énoncer comme suit:

- *favoriser l'acquisition de connaissances nouvelles;*
- *situer le phénomène de consommation dans son contexte global;*

- *dédramatiser les attitudes à l'égard du phénomène;*
- *favoriser le dialogue et la compréhension;*
- *favoriser l'instauration de mécanismes d'orientation pour les consommateurs;*
- *réévaluer la réglementation en matière de consommation et son application.*

Si l'objectif général d'une intervention de type «primaire» est d'amener la communauté scolaire à mieux connaître les substances psychotropes et à pouvoir resituer la consommation dans le contexte global du vécu de la personne, il est possible, par le biais d'un questionnaire, d'évaluer ce degré d'acquisition.

D'autres mesures peuvent également fournir des indices sur l'atteinte de tels objectifs. Il y a premièrement la satisfaction des agents du milieu en regard de l'information dispensée, du fonctionnement du programme et des moyens mis en oeuvre pour le réaliser. Ce degré de satisfaction, vérifiable à l'aide d'entrevues ou de questionnaires, est un indice du degré d'intégration du programme à la vie scolaire et, par conséquent, le reflet de l'approbation par la communauté.

Une autre mesure concerne le changement d'attitude de l'ensemble du milieu scolaire au moment où il est appelé à vivre quotidiennement avec des situations de consommation. Sait-on quoi faire maintenant avec un élève «qui a consommé abondamment» en classe? Est-ce que l'on interprète, d'une façon générale, son comportement comme une menace ou un appel à l'aide? La drogue est-elle toujours un sujet tabou à l'école? A-t-on l'impression de mieux comprendre ce qui se passe, d'être plus habilité à intervenir? Autant de questions auxquelles une bonne observation de la vie à l'école peut apporter des réponses.

En ce qui a trait à l'intervention de type «secondaire», le nombre de personnes orientées vers des ressources spécialisées, ainsi que le taux de satisfaction des jeunes envers celles-ci, sont deux éléments d'évaluation fort significatifs. Les jeunes ont-ils l'impression de mieux comprendre ce qui leur arrive, d'être plus conscients de leur devenir et du pouvoir (responsabilité) qu'ils peuvent exercer sur leur vie? Le milieu est-il satisfait du suivi accordé à ces cas? L'information circule-t-elle de façon adéquate?

Rappelons enfin que les modèles de prévention peuvent surtout prévenir les abus plutôt que l'usage en soi. Selon Line Beauchesne (1985), «les images socio-culturelles que reçoivent les jeunes rendent peu crédibles et peu efficaces les modèles de prévention basés sur l'abstinence»[1].

1. *BEAUCHESNE, L., op. cit., p. 70.*

LE PHÉNOMÈNE-DROGUE ET LES JEUNES

BIBLIOGRAPHIE

Introduction I

DUMAS, S. (1984). **La drogue banalisée.** Québec, Direction de la recherche, ministère de l'Éducation.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1984). **Programme d'études; secondaire; Formation personnelle et sociale.** Québec, Direction générale de développement pédagogique, ministère de l'Éducation.

LACOMBE, A. (1983). **L'usage de l'alcool et des autres drogues par les jeunes dans les écoles et les collèges du Québec.** Québec, Direction des politiques et plans, ministère de l'Éducation.

MONNIER, D. (1970). **Les étudiants du Québec et les drogues hallucinogènes.** Québec, ministère de l'Éducation.

VERBEKE, R., BIBEAU, G. (1983). Éditorial. **Psychotropes, 1** (1), 7.

Chapitre I

ADDICTION RESEARCH FOUNDATION OF ONTARIO (1980). **Renseignements sur les drogues.** Ottawa, ministère de la santé nationale et du bien-être social.

ASSOCIATION PHARMACEUTIQUE CANADIENNE (1977). **Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques.** Ottawa, Association pharmaceutique canadienne.

BERGERET, J., LEBLANC, J. (1984). **Précis des toxicomanies.** Montréal, Presses de l'Université de Montréal et Masson.

BONNARDEAUX, J.L. (1983). **Drogues et dépendance.** Montréal, Presses de l'Université de Montréal.

BOUDREAU, A. (1972). **Connaissance de la drogue.** Montréal, Le jour.

BOUTOT, B. (1982). **Les drogues: extases et dangers.** Montréal, Le jour.

BRETCHER, E.M. (1972). **Licit and Illicit Drugs.** Mount Vernon, Consumers Union.

CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (1976). **Les toxicomanies autres que l'alcoolisme: guide de diagnostic et de traitement.** Montréal, Corporation professionnelle des médecins du Québec.

INGLIS, B. (1975). **The Forbidden Game: A Social History of Drugs.** London, Coronet Books.

KALANT, H., KALANT, O. (1973). **Drogues, société et option personnelle.** Montréal, Éditions La Presse.

LE DAIN, G. et al. (1970). **Rapport provisoire de la commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales.** Ottawa, Département des impressions et de la papeterie publiques.

PEELE, S. (1982). **L'expérience de l'assuétude.** Montréal, Faculté de l'éducation permanente, Université de Montréal.

PHILLIPS, L.A. et al. (1979). **Connaissances de base en matière de drogues;** guide pharmacologique. Ottawa, ministère de la santé et du bien-être social.

ROBITAILLE, T. et al. (1984). **Les drogues: des choix à faire** (2ième édition). Montréal, Bureau de Consultation Jeunesse Inc., et Commission des écoles catholiques de Montréal.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1983). **Les drogues: faits et méfaits.** Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services Canada.

WEIL, A., ROSEN, W. (1983). **Chocolate to Morphine: Understanding Mind-Active Drugs.** Boston, Houghton Mifflin Co.

Chapitre II

BILODEAU, L. et al. (1981). **La consommation des drogues chez les étudiants de onze écoles secondaires de la région Saguenay-Lac St-Jean-Chibougamau.** Chicoutimi, C.S.S.S. Saguenay-Lac St-Jean-Chibougamau.

BOURGAULT, D. et al. (1981). **Étude sur la consommation de drogues et d'alcool à la polyvalente de Charlesbourg.** Charlesbourg, Commission régionale Jean-Talon.

DESRANLEAU, C. et al. (1985). **La consommation de drogues chez les jeunes du secondaire en 1984.** Montréal, Commission des écoles catholiques de Montréal.

DUMAS, S. (1984). **La drogue banalisée.** Québec, Direction de la recherche, ministère de l'Éducation.

FATELA, J. (1980). Métamorphoses. **Esprit, 11-12,** 7-15.

GORN, G.J., GOLBERT, M.E. (1977). **Stratégies d'opposition aux méthodes de mise en marché auprès des jeunes fumeurs.** Communication présentée au 4e Séminaire international de recherche en Marketing, Abbaye de Fenanque, France.

GRANDJEAN, E. (1984). **Les 15-29: portrait statistique des jeunes par région.** Québec, Bureau de la statistique du Québec.

LACHAPELLE, P.-P. et al. (1983). **Étude de la problématique de la consommation de drogues chez les jeunes dans la région du Montréal métropolitain.** Montréal, Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal.

LE DAIN, G. et al. (1970). **Rapport provisoire de la Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales.** Ottawa, Département des impressions et de la papeterie publiques.

LEVASSEUR, M. (1983). **Des problèmes prioritaires: la maladie selon les âges de la vie,** Québec, Conseil des Affaires sociales et de la Famille, Collection La Santé des Québécois.

POISSANT, I., CRESPO, M. (1976). **La consommation des drogues chez les jeunes du secondaire.** Montréal, Commission des écoles catholiques de Montréal.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1983). **Les drogues: faits et méfaits,** Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services Canada.

TREMBLAY, J., BIBEAU, G. (1983). Les mécanismes d'initiation au tabac chez les jeunes du Québec, **Psychotropes, I** (1), 45-54.

WAKE, R. (1979). **Multi-Step Process of Starting Smoking,** Communication à la Fourth World Conference of Smoking and Health, Stockholm, Suède.

Chapitre III

BEAUCHESNE, L. (1985). **Les jeunes et la drogue.** Montréal, Centre international de criminologie comparée, Université de Montréal.

BEAUCHESNE, L., LÉTOURNEAU, G. (1984). L'abus de drogues chez les jeunes. **Santé mentale au Québec, IX** (2), 99-105.

CORMIER, D. (1984). **Toxicomanies: styles de vie.** Chicoutimi, Gaétan Morin.

CUSSON, M. (1983). **Délinquants, pourquoi?** Montréal, Éditions HMH.

DUMAS, S. (1984). **La drogue banalisée.** Québec, Direction de la recherche, ministère de l'Éducation.

FOURNIER, F., BLAIS, M. (1984). **Styles et valeurs des jeunes.** Montréal, Bureau de Consultation Jeunesse Inc.

GUAY, J. (1984). **L'intervenant professionnel face à l'aide naturelle.** Chicoutimi, Gaétan Morin.

MANONI, P. (1984). **Adolescents, parents et troubles scolaires.** Paris, Éditions ESF.

NOWLIS, H. (1975). **La drogue démythifiée.** Paris, Presses de l'UNESCO.

PAQUIN, P., et al. (1984). **Rapport final des activités de D-PAR à la polyvalente Jeanne-Mance.** Montréal, Commission des écoles catholiques de Montréal.

PEELE, S., BRODSKY, A. (1975). **Love and Addiction,** New-York, Signet Books.

ROBITAILLE, T. et al. (1984). **Les drogues: des choix à faire** (2ième édition). Montréal, Bureau de Consultation Jeunesse Inc. et Commission des écoles catholiques de Montréal.

SORECOM (1980). **Les valeurs des jeunes de 16 à 20 ans.** Québec, ministère de l'Éducation.

SMART, R.G. et al. (1980). **Méthodologie pour des enquêtes sur l'usage des drogues chez les étudiants.** Genève, Organisation mondiale de la Santé.

TAYLOR, S., ROBERTS, R.W. (1985). **Theory and Practice of Community Social Work.** Washington, Columbia University Press.

ANNEXE A

Enquête sur l'utilisation des drogues chez les jeunes[1]

Le présent questionnaire a été mis au point par l'Organisation mondiale de la Santé en coopération avec le Fonds des Nations Unies pour la Lutte contre l'Abus des Drogues. On vous y pose des questions sur votre âge, votre sexe, votre expérience de l'usage des drogues, etc. Vos réponses seront examinées par des personnes qui cherchent à approfondir leurs connaissances sur l'utilisation des drogues, et elles seront comparées avec les réponses données par d'autres jeunes dans d'autres parties du monde.

Pour que cette étude puisse être utile, il importe que vous répondiez aussi soigneusement que possible à chaque question. Nous ne vous demandons pas votre nom et votre anonymat sera strictement respecté.

Nous avons constaté que la plupart des gens appelés à remplir ce questionnaire le faisaient avec plaisir et nous espérons qu'il en sera de même pour vous. Attention, lisez bien les instructions avant de commencer à répondre aux questions.

Instructions

Il ne s'agit pas d'un examen: il n'y a ni bonne réponse ni mauvaise réponse; il faut surtout répondre sincèrement et soigneusement.

Pour chaque question, sélectionnez la réponse qui se rapproche le plus de la réalité en ce qui vous concerne et faites une croix dans la case correspondant à cette réponse. Ne donnez qu'une réponse pour chaque question. Suivez l'exemple ci-dessous:

Avez-vous bu de l'eau au cours des 30 derniers jours?

- ☐ A Non
- ☐ B Oui, au total pendant 1-5 jours
- ☐ C Oui, au total pendant 6-19 jours
- ☒ D Oui, au total pendant 20 jours ou plus

La réponse choisie a été «D», ce qui veut dire que la personne qui a répondu à la question a bu de l'eau pendant un total d'au moins 20 jours au cours des 30 derniers jours.

Si vous ne connaissez pas la réponse à une question, ou si vous estimez impossible d'y répondre franchement, laissez la question en blanc. Efforcez-vous de répondre au plus grand nombre possible de questions.

---

1. À quel sexe appartenez-vous?
   - ☐ A Masculin
   - ☐ B Féminin
2. Quel âge avez-vous? ☐☐ Ans
3. Combien d'années d'études avez-vous faites (ne comptez pas le jardin d'enfants)? ☐☐ Ans
4. Pendant la plus grande partie des 12 derniers mois, étiez-vous étudiant, à plein temps ou à temps partiel?
   - ☐ Je n'étais pas étudiant pendant la plus grande partie des 12 derniers mois
   - ☐ J'étais étudiant à temps partiel
   - ☐ J'étais étudiant à temps plein

1. SMART, R.G. (1980). ***Méthodologie pour des enquêtes sur l'usage des drogues chez les étudiants.*** *Genève, Organisation mondiale de la Santé. Selon les auteurs, ce questionnaire révisé «est mis à la disposition des pays pour mesurer l'usage des drogues. Aucun autre questionnaire sur l'usage des drogues n'a été mis à l'essai dans un aussi grand nombre de pays. Sa validité et sa fidélité ont été suffisamment démontrées pour qu'on l'emploie, avec une certaine confiance, dans les études nationales et internationales. Néanmoins, les chercheurs qui ont l'intention de l'utiliser devront éprouver sa validité et sa fidélité dans le cadre particulier où ils comptent l'employer (p. 22).»*

LE PHÉNOMÈNE-DROGUE ET LES JEUNES

5. Pendant la plus grande partie des 12 derniers mois, avez-vous occupé un emploi **rémunéré**, à plein temps ou à temps partiel?

- ☐ Je n'ai pas occupé d'emploi rémunéré pendant la plus grande partie des 12 derniers mois
- ☐ J'ai occupé un emploi rémunéré à temps partiel
- ☐ J'ai occupé un emploi rémunéré à plein temps

6. Pendant la plus grande partie des 12 derniers mois, avez-vous occupé un emploi **non rémunéré**, à plein temps ou à temps partiel?

- ☐ Je n'ai pas occupé d'emploi non rémunéré pendant la plus grande partie des 12 derniers mois
- ☐ J'ai occupé un emploi non rémunéré à temps partiel
- ☐ J'ai occupé un emploi non rémunéré à plein temps

Pour chaque question qui suit, vous devez lire les parties a), b), c) et d), et répondre à chacune de ces parties

7. a) Avez-vous déjà fumé, chiqué ou prisé du **tabac** (cigarettes, cigares, pipe, tabac à priser, chique)?

- ☐ A Non
- ☐ B Oui

b) Avez-vous fumé, chiqué ou prisé du tabac au cours des 12 derniers mois?

- ☐ A Non
- ☐ B Oui

c) Avez-vous fumé, chiqué ou prisé du tabac au cours des 30 derniers jours?

- ☐ A Non
- ☐ B Oui

d) Quel âge aviez-vous lorsque vous avez fumé, chiqué ou prisé du tabac pour la première fois?

- ☐ A Je n'ai jamais fumé, chiqué ou prisé du tabac
- ☐ B 10 ans ou moins
- ☐ C 11-12 ans
- ☐ D 13-14 ans
- ☐ E 15-16 ans
- ☐ F 17-18 ans
- ☐ G 19 ans ou plus

8. a) Avez-vous déjà bu des **boissons alcoolisées** (bière, vin ou alcool)?

- ☐ A Non
- ☐ B Oui

LE PHÉNOMÈNE-DROGUE ET LES JEUNES

b) Avez-vous bu des boissons alcoolisées au cours des 12 derniers mois?

- ☐ A Non
- ☐ B Oui

c) Avez-vous bu des boissons alcoolisées au cours des 30 derniers jours?

- ☐ A Non
- ☐ B Oui, au total pendant 1-5 jours
- ☐ C Oui, au total pendant 6-19 jours
- ☐ D Oui, au total pendant 20 jours ou plus

d) Quel âge aviez-vous lorsque vous avez bu de la bière, du vin ou de l'alcool (plus qu'une simple gorgée pour la première fois?

- ☐ A Je n'ai jamais bu de boisson
- ☐ B 10 ans ou moins
- ☐ C 11-12 ans
- ☐ D 13-14 ans
- ☐ E 15-16 ans
- ☐ F 17-18 ans
- ☐ G 19 ans ou plus

9. a) Avez-vous déjà consommé du **cannabis** (marihuana, marie-jeanne, herbe, haschich, bhang, ganja, kif)?

- ☐ A Non
- ☐ B Oui

b) Avez-vous consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois?

- ☐ A Non
- ☐ B Oui

c) Avez-vous consommé du cannabis au cours des 30 derniers jours?

- ☐ A Non
- ☐ B Oui, au total pendant 1-5 jours
- ☐ C Oui, au total pendant 6-19 jours
- ☐ D Oui, au total pendant 20 jours ou plus

d) Quel âge aviez-vous lorsque vous avez consommé du cannabis pour la première fois?

- ☐ A Je n'ai jamais pris de cannabis
- ☐ B 10 ans ou moins
- ☐ C 11-12 ans
- ☐ D 13-14 ans
- ☐ E 15-16 ans
- ☐ F 17-18 ans
- ☐ G 19 ans ou plus

10. a) Avez-vous déjà pris de la **cocaïne**?

- ☐ A Non
- ☐ B Oui

b) Avez-vous pris de la cocaïne au cours des 12 derniers mois?

- ☐ A Non
- ☐ B Oui

c) Avez-vous pris de la cocaïne au cours des 30 derniers jours?

- ☐ A Non
- ☐ B Oui, au total pendant 1-5 jours
- ☐ C Oui, au total pendant 6-19 jours
- ☐ D Oui, au total pendant 20 jours ou plus

d) Quel âge aviez-vous lorsque vous avez pris de la cocaïne pour la première fois?

- ☐ A Je n'ai jamais pris de cocaïne
- ☐ B 10 ans ou moins
- ☐ C 11-12 ans
- ☐ D 13-14 ans
- ☐ E 15-16 ans
- ☐ F 17-18 ans
- ☐ G 19 ans ou plus

11. a) Avez-vous déjà pris des **amphétamines ou autres stimulants** (amphète, speed, bleues) **sans** qu'un médecin ou un autre agent de santé vous dise de le faire?

- ☐ A Non
- ☐ B Oui

b) Avez-vous pris des amphétamines ou d'autres stimulants au cours des 12 derniers mois **sans** qu'un médecin ou un autre agent de santé vous dise de le faire?

- ☐ A Non
- ☐ B Oui

c) Avez-vous pris des amphétamines ou d'autres stimulants au cours des 30 derniers jours **sans** qu'un médecin ou un autre agent de santé vous dise de le faire?

- ☐ A Non
- ☐ B Oui, au total pendant 1-5 jours
- ☐ C Oui, au total pendant 6-19 jours
- ☐ D Oui, au total pendant 20 jours ou plus

d) Quel âge aviez-vous lorsque vous avez pris pour la première fois des amphétamines ou d'autres stimulants **sans** qu'un médecin ou un autre agent de santé vous dise de le faire?

- ☐ A Je n'ai jamais pris d'amphétamines
- ☐ B 10 ans ou moins
- ☐ C 11-12 ans
- ☐ D 13-14 ans
- ☐ E 15-16 ans
- ☐ F 17-18 ans
- ☐ G 19 ans ou plus

e) S'il vous est déjà arrivé de prendre des amphétamines ou d'autres stimulants, inscrivez ici le nom de celui que vous avez pris en dernier lieu.

_____

12. a) Avez-vous déjà pris des **hallucinogènes** (LSD, mescaline, peyotl, psilocybine, PCP)?

- ☐ A Non
- ☐ B Oui

b) Avez-vous pris des hallucinogènes au cours des 12 derniers mois?

- ☐ A Non
- ☐ B Oui

c) Avez-vous pris des hallucinogènes au cours des 30 derniers jours?

- ☐ A Non
- ☐ B Oui, au total pendant 1-5 jours
- ☐ C Oui, au total pendant 6-19 jours
- ☐ D Oui, au total pendant 20 jours ou plus

d) Quel âge aviez-vous lorsque vous avez pris un hallucinogène pour la première fois?

- ☐ A Je n'ai jamais pris d'hallucinogène
- ☐ B 10 ans ou moins
- ☐ C 11-12 ans
- ☐ D 13-14 ans
- ☐ E 15-16 ans
- ☐ F 17-18 ans
- ☐ G 19 ans ou plus

e) S'il vous est déjà arrivé de prendre des hallucinogènes, inscrivez ici le nom de celui que vous avez pris en dernier lieu.

_____

13. a) Avez-vous déjà **reniflé ou inhalé** des produits tels que la colle, des aérosols ou d'autres substances volatiles pour vous euphoriser? (**N'**incluez **pas** la fumée)

- ☐ A Non
- ☐ B Oui

b) Avez-vous reniflé ou inhalé des substances pour vous euphoriser au cours des 12 derniers mois?

- ☐ A Non
- ☐ B Oui

c) Avez-vous reniflé ou inhalé des substances pour vous euphoriser au cours des 30 derniers jours?

- ☐ A Non
- ☐ B Oui, au total pendant 1-5 jours
- ☐ C Oui, au total pendant 6-19 jours
- ☐ D Oui, au total pendant 20 jours ou plus

d) Quel âge aviez-vous lorsque vous avez pour la première fois reniflé ou inhalé une substance pour vous euphoriser?

- ☐ A Je n'ai jamais reniflé ou inhalé quoi que ce soit pour m'euphoriser
- ☐ B 10 ans ou moins
- ☐ C 11-12 ans
- ☐ D 13-14 ans
- ☐ E 15-16 ans
- ☐ F 17-18 ans
- ☐ G 19 ans ou plus

e) S'il vous est déjà arrivé de renifler ou d'inhaler des substances, inscrivez ici le nom de celle que vous avez reniflée ou inhalée en dernier lieu.

_____

14. a) Avez-vous déjà pris des **tranquillisants** (Librium, Valium, etc.) **sans** qu'un médecin ou un autre agent de santé vous dise de le faire?

- ☐ A Non
- ☐ B Oui

b) Avez-vous pris des tranquillisants au cours des 12 derniers mois **sans** qu'un médecin ou un autre agent de santé vous dise de le faire?

- ☐ A Non
- ☐ B Oui

c) Avez-vous pris des tranquillisants au cours des 30 derniers jours **sans** qu'un médecin ou un autre agent de santé vous dise de le faire?

- ☐ A Non
- ☐ B Oui, au total pendant 1-5 jours
- ☐ C Oui, au total pendant 6-19 jours
- ☐ D Oui, au total pendant 20 jours ou plus

d) Quel âge aviez-vous quand vous avez pris pour la première fois un tranquillisant **sans** qu'un médecin ou un autre agent de santé vous dise de le prendre?

- ☐ A Je n'ai jamais pris de tranquillisants
- ☐ B 10 ans ou moins
- ☐ C 11-12 ans
- ☐ D 13-14 ans
- ☐ E 15-16 ans
- ☐ F 17-18 ans
- ☐ G 19 ans ou plus

e) S'il vous est déjà arrivé de prendre des tranquillisants, inscrivez ici le nom de celui que vous avez pris en dernier lieu.

_____

15. a) Avez-vous déjà pris des **sédatifs** (barbituriques, barbitos, Barbital, Seconal) **sans** qu'un médecin ou un autre agent de santé vous dise de le faire?

- ☐ A Non
- ☐ B Oui

b) Avez-vous pris des sédatifs au cours des 12 derniers mois **sans** qu'un médecin ou un autre agent de santé vous dise de le faire?

- ☐ A Non
- ☐ B Oui

c) Avez-vous pris des sédatifs au cours des 30 derniers jours **sans** qu'un médecin ou un autre agent de santé vous dise de le faire?

- ☐ A Non
- ☐ B Oui, au total pendant 1-5 jours
- ☐ C Oui, au total pendant 6-19 jours
- ☐ D Oui, au total pendant 20 jours ou plus

d) Quel âge aviez-vous quand vous avez pris pour la première fois un sédatif **sans** qu'un médecin ou un autre agent de santé vous dise de le faire?

- ☐ A Je n'ai jamais pris de sédatif
- ☐ B 10 ans ou plus
- ☐ C 11-12 ans
- ☐ D 13-14 ans
- ☐ E 15-16 ans
- ☐ F 17-18 ans
- ☐ G 19 ans ou plus

e) S'il vous est déjà arrivé de prendre des sédatifs, inscrivez ici le nom de celui que vous avez pris en dernier lieu.

16. a) Avez-vous déjà fumé ou mangé de l'**opium** **sans** qu'un médecin ou un autre agent de santé vous dise de le faire?

- ☐ A Non
- ☐ B Oui

b) Avez-vous fumé ou mangé de l'opium au cours des 12 derniers mois **sans** qu'un médecin ou un autre agent de santé vous dise de le faire?

- ☐ A Non
- ☐ B Oui

c) Avez-vous fumé ou mangé de l'opium au cours des 30 derniers jours **sans** qu'un médecin ou un autre agent de santé vous dise de le faire?

- ☐ A Non
- ☐ B Oui, au total pendant 1-5 jours
- ☐ C Oui, au total pendant 6-19 jours
- ☐ D Oui, au total pendant 20 jours ou plus

d) Quel âge aviez-vous quand vous avez fumé ou mangé pour la première fois de l'opium **sans** qu'un médecin ou un autre agent de santé vous dise de le faire?

- ☐ A Je n'ai jamais fumé ou mangé de l'opium
- ☐ B 10 ans ou plus
- ☐ C 11-12 ans
- ☐ D 13-14 ans
- ☐ E 15-16 ans
- ☐ F 17-18 ans
- ☐ G 19 ans ou plus

17. a) Avez-vous déjà pris de l'**héroïne** (poudre, neige, H)?
- ☐ A Non
- ☐ B Oui

b) Avez-vous pris de l'héroïne au cours des 12 derniers mois?
- ☐ A Non
- ☐ B Oui

c) Avez-vous pris de l'héroïne au cours des 30 derniers jours?
- ☐ A Non
- ☐ B Oui, au total pendant 1-5 jours
- ☐ C Oui, au total pendant 6-19 jours
- ☐ D Oui, au total pendant 20 jours ou plus

d) Quel âge aviez-vous quand vous avez pris de l'héroïne pour la première fois?
- ☐ A Je n'ai jamais pris d'héroïne
- ☐ B 10 ans ou plus
- ☐ C 11-12 ans
- ☐ D 13-14 ans
- ☐ E 15-16 ans
- ☐ F 17-18 ans
- ☐ G 19 ans ou plus

18. a) Avez-vous déjà pris d'**autres opiacés** (méthadone, morphine, codéine, Démérol, élixir parégorique) **sans** qu'un médecin ou un autre agent de santé vous dise de le faire?
- ☐ A Non
- ☐ B Oui

b) Avez-vous pris un de ces opiacés au cours des 12 derniers mois **sans** qu'un médecin ou un autre agent de santé vous dise de le faire?
- ☐ A Non
- ☐ B Oui

c) Avez-vous pris un de ces opiacés au cours des 30 derniers jours **sans** qu'un médecin ou un autre agent de santé vous dise de le faire?
- ☐ A Non
- ☐ B Oui, au total pendant 1-5 jours
- ☐ C Oui, au total pendant 6-19 jours
- ☐ D Oui, au total pendant 20 jours ou plus

d) Quel âge aviez-vous lorsque vous avez pris pour la première fois l'un de ces opiacés **sans** qu'un médecin ou un autre agent de santé vous dise de le faire?
- ☐ A Je n'ai jamais pris d'opiacé
- ☐ B 10 ans ou plus
- ☐ C 11-12 ans
- ☐ D 13-14 ans
- ☐ E 15-16 ans
- ☐ F 17-18 ans
- ☐ G 19 ans ou plus

LE PHÉNOMÈNE-DROGUE ET LES JEUNES

19. a) Au cours de l'année passée, avez-vous pris une autre drogue que celles mentionnées dans le questionnaire **sans** qu'un médecin ou un autre agent de santé vous dise de le faire?

- ☐ A Non
- ☐ B Oui

b) Si oui, inscrivez ici le nom de la drogue ou des drogues en question

_____

_____

_____

20. a) Connaissez-vous d'**autres drogues** que des gens prennent actuellement pour être euphoriques ou se droguer?

- ☐ A Non
- ☐ B Oui

b) Si oui, comment s'appellent ces drogues?

_____

_____

_____

21. S'il vous était arrivé de prendre du cannabis, l'auriez-vous admis dans ce questionnaire?

- ☐ A Non
- ☐ B Je ne sais pas
- ☐ C Oui

22. S'il vous était arrivé de prendre de l'opium ou de l'héroïne, l'auriez-vous admis dans ce questionnaire?

- ☐ A Non
- ☐ B Je ne sais pas
- ☐ C Oui

Nous vous remercions d'avoir bien voulu remplir ce questionnaire.

ANNEXE B

Questions facultatives [1]

1. **Mode de consommation de la drogue**

   Quelle méthode avez-vous utilisée pour prendre l'héroïne (cochez toutes les réponses qui conviennent)?

- ☐ En inhalant ou reniflant
- ☐ En fumant
- ☐ Par piqûre
- ☐ Par voie buccale
- ☐ Autrement (précisez)

2. **Initiation à l'usage de la drogue**

   Qui vous a initié à l'utilisation non médicale des drogues (cochez une case seulement)?

- ☐ Famille
- ☐ Connaissance
- ☐ Amis
- ☐ Trafiquants
- ☐ Médecin
- ☐ Autre agent de santé
- ☐ Pharmacien
- ☐ Autre (précisez)
- ☐ Je ne sais pas

3. **Raisons de la première utilisation de drogue à des fins non médicales**

   Pour quelle raison avez-vous utilisé pour la première fois de la drogue à des fins non médicales (cochez une case seulement)?

- ☐ Par coutume religieuse
- ☐ Pour être accepté par les autres
- ☐ Pour être sociable
- ☐ Par plaisir
- ☐ Pour renforcer le plaisir sexuel
- ☐ Par curiosité
- ☐ Pour soigner une maladie
- ☐ Pour soulager une tension psychique
- ☐ Pour atténuer la faim, le froid ou la fatigue
- ☐ Pour améliorer ma capacité de travail
- ☐ Pour d'autres raisons (précisez)
- ☐ Je ne sais pas

1. Selon les situations, il pourrait être indiqué d'ajouter les éléments facultatifs suivants aux éléments essentiels donnés dans le questionnaire précédent.

4. **Questions éliminées de la première version du questionnaire**

A. Où habitez-vous actuellement?

- ☐ Dans une ferme ou dans un village
- ☐ Dans une petite ville ou une ville moyenne
- ☐ Dans la banlieue d'une grande ville
- ☐ Dans une grande ville

B. Quel est le niveau d'instruction de votre père (cochez la case correspondant au niveau le plus élevé atteint)?

- ☐ Pas d'instruction scolaire
- ☐ École primaire
- ☐ École secondaire
- ☐ Université ou autre type de formation supérieure
- ☐ Je ne sais pas

C. Quel est le niveau d'instruction de votre mère (cochez la case correspondant au niveau le plus élevé atteint)?

- ☐ Pas d'instruction scolaire
- ☐ École primaire
- ☐ École secondaire
- ☐ Université ou autre type de formation supérieure
- ☐ Je ne sais pas

5. **Approbation ou désapprobation de l'usage des drogues**

Les individus diffèrent les uns des autres selon qu'ils désapprouvent ou non le fait que les gens fassent certaines choses. Êtes-**vous** opposé à ce que des gens (âgés de 18 ans ou plus) fassent ce qui suit? (Cochez une case pour chaque question)

A. Fumer 20 cigarettes ou plus par jour

- ☐ Je n'y suis pas opposé
- ☐ J'y suis opposé
- ☐ J'y suis tout à fait opposé

B. Essayer la marijuana (cannabis, herbe, marie-jeanne) une ou deux fois

- ☐ Je n'y suis pas opposé
- ☐ J'y suis opposé
- ☐ J'y suis tout à fait opposé

C. Fumer parfois de la marijuana

- ☐ Je n'y suis pas opposé
- ☐ J'y suis opposé
- ☐ J'y suis tout à fait opposé

D. Fumer régulièrement de la marijuana
- ☐ Je n'y suis pas opposé
- ☐ J'y suis opposé
- ☐ J'y suis tout à fait opposé

E. _____
(Autre comportement lié à l'usage de la drogue et présentant de l'intérêt pour le chercheur)
- ☐ Je n'y suis pas opposé
- ☐ J'y suis opposé
- ☐ J'y suis tout à fait opposé

6. **Perceptions des possibilités d'approvisionnement**

À votre avis, vous serait-il facile de vous procurer chacune des drogues suivantes si vous en vouliez? (Cochez une case pour chaque question)

A. Marijuana (cannabis, herbe, marie-jeanne)
- ☐ Probablement impossible
- ☐ Très difficile
- ☐ Assez difficile
- ☐ Assez facile
- ☐ Très facile

B. Amphétamines et autres stimulants
- ☐ Probablement impossible
- ☐ Très difficile
- ☐ Assez difficile
- ☐ Assez facile
- ☐ Très facile

C. _____
(Autres drogues présentant de l'intérêt pour le chercheur)
- ☐ Probablement impossible
- ☐ Très difficile
- ☐ Assez difficile
- ☐ Assez facile
- ☐ Très facile

7. **Types de personnes qui prennent des drogues**

L'usage des drogues a une signification différente selon les gens. Nous voudrions savoir ce que pensent, à votre avis, la plupart des jeunes gens de votre âge de ceux qui utilisent des drogues.

La plupart des gens de mon âge pensent que ceux qui utilisent de la marijuana et d'autres drogues de ce type sont:

A. Ambitieux
- ☐ Beaucoup moins que la moyenne
- ☐ Moins que la moyenne
- ☐ Comme la moyenne
- ☐ Plus que la moyenne
- ☐ Beaucoup plus que la moyenne

B. Asociaux
- ☐ Beaucoup moins que la moyenne
- ☐ Moins que la moyenne
- ☐ Comme la moyenne
- ☐ Plus que la moyenne
- ☐ Beaucoup plus que la moyenne

Note

On pourrait poser ensuite une série de questions similaires sur d'autres caractéristiques sociales telles que les suivantes:

C. Conformistes
D. Délinquants
E. Instables sur le plan affectif
F. Intéressants
G. Révoltés
H. Raisonnables
I. Sexuellement permissifs
J. Manquant de volonté

Les catégories de réponses seraient les mêmes que pour A et B.

LE PHÉNOMÈNE-DROGUE ET LES JEUNES

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION

Vous avez entre les mains un exemplaire d'un document d'information des services complémentaires produits par le ministère de l'Éducation. Nous souhaitons recueillir votre appréciation, vos commentaires et vos suggestions au sujet de ce document. Pourriez-vous répondre à ce questionnaire et le retourner à l'adresse suivante:

Ministère de l'Éducation
Direction de l'adaptation scolaire
et des services complémentaires
1035, rue de la Chevrotière, 9e étage
Québec, QC
G1R 5A5

Avez-vous aimé ce document? (encercler le chiffre approprié)
– 1 2 3 4 5 +

Avez-vous trouvé ce document utile? (encercler le chiffre approprié)
– 1 2 3 4 5 +

En quoi vous a-t-il été utile? _____

Qu'est-ce que vous avez **le plus** apprécié? _____

Qu'est-ce que vous avez **le moins** apprécié? _____

Qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer ce document? _____

Avez-vous d'autres commentaires ou suggestions à formuler? _____

Quel est votre corps d'emploi? (cocher une seule case)

personnel non enseignant (spécialité: _____) ☐
personnel enseignant ☐
direction d'école ☐
administrateur/trice scolaire ☐
parent ☐

À quel(s) ordre(s) d'enseignement? (cocher une ou plusieurs cases)

préscolaire ☐ primaire ☐ secondaire ☐

J'adore
les services complémentaires

Gouvernement du Québec
Ministère de l'Éducation

28-1860
8687-028